Gynæcologia Helvetica

Herausgegeben

von

Dr O. BEUTTNER

Privat-Docent a. d. Universität Genf.

Erster Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1900)

Mit 23 Illustrationen.

GENF
Henry Kündig, Verlag

GIESSEN
Emil Roth, Verlag

1901

Gynæcologia Helvetica

Erster Jahrgang

VORWORT

Die „**Gynæcologia Helvetica**“ bezweckt eine kurze Zusammenfassung alles dessen, was während eines Jahres, von in der Schweiz lebenden Aerzten, auf geburtshülflich-gynæcologischem Gebiete zur Publikation gelangt.

Sie wird also alljährlich erscheinen und ist in erster Linie dazu bestimmt, die Schweizer-Aerzte der drei Landessprachen in möglichst kurzer und ansprechender Form darüber zu informiren, was der Einzelne, zu Nutz und Fromm der Allgemeinheit, geleistet.

Die „**Gynæcologia Helvetica**“ wird kurz auf alle einschlagenden Veröffentlichungen zu sprechen kommen, die in unsern drei schweizerischen, medicinischen Zeitschriften — dem „Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte“, der „Revue médicale de la Suisse romande“ und dem „Bolletino medico“ — erscheinen ; dann wird sie die Sitzungsberichte der einzelnen ärztlichen Gesellschaften bringen, soweit die Gynæcologie im weitesten Sinne des Wortes in Betracht kommt und endlich werden die in- und ausserhalb der Schweiz (Deutschland, Oesterreich, Frankreich etc.) publicirten Arbeiten dem Leser in gedrängter Form vorgeführt werden.

Für die Aerzte auswärtiger Nationen soll die „**Gynæcologia Helvetica**“ ein bequemes „Nachschlage-Werkchen“ sein, und ihnen gleichzeitig zeigen, dass wir Schweizer-Aerzte bestrebt sind, im Wettkampf, der auf allen wissenschaftlichen Gebieten in ausserordentlicher Intensität tobt, mutig mitzukämpfen.

Das Gebiet der Gynæcologie und Geburtshülfe wurde in der „**Gynæcologia Helvetica**“ ziemlich weit gezogen, und ich denke mit Recht !

Der moderne Gynæcologe muss auch die Darmchirurgie mehr oder weniger beherrschen; er muss in der Typhlitisfrage, beinahe ebenso gut wie

der Chirurge, zu Hause sein; er muss das ganze harnsecernirende und harnableitende System des Weibes kennen; nur dann, wenn er sich auf diesen Gebieten zurechtfindet, wird er gegen die Ueberraschungen geschützt sein, die die abdominalen Erkrankungen des Weibes auch dem vorzüglichsten Diagnostiker nicht ersparen.

Im weiteren muss der Gynæcologe von heutzutage auch die Bakteriologie, die Histologie, die Embryologie, die normale und die pathologische Anatomie, soweit selbe in sein Fach einschlagen, kennen.

Wie eine kurze Durchsicht der „**Gynæcologia Helvetica**" zeigen wird, hat auch der Zahnarzt seinen Tribut treulich geleistet und — at last, but not at least — der Veterinär-Arzt.

Kürzlich begonnene Studien auf dem Gebiete einer „**vergleichenden Geburtshülfe und Gynæcologie**" haben mir die feste Ueberzeugung beigebracht, dass da ein Gebiet brach liegt, dessen Bebauung die besten Früchte zeitigen würde; ich habe deshalb einige einschlagende Arbeiten aus der Feder von Schweizer-Veterinär-Aerzten ebenfalls referirt.

So möge denn ein Jeder an seinem Platze treulich mithelfen das Werk zu fördern!

Mein bester Dank denen, die mich unterstützt!

Die Herren Collegen möchte ich noch bestens bitten, mir auch fernerhin allfällige Separatabzüge und Dissertationen zukommen lassen zu wollen.

Genf, im Monat Januar 1901.

Inhalts-Verzeichniss.

I.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

D[r] O. Beuttner[1], Genf:

Zur Behandlung des unvollständigen Abortus, nebst einigen Bemerkungen über Atmokausis, Uterusperforation und Hysteroskopie.
(Wiener Klinik, 5. Heft, Mai 1900.)

I. *Zur Behandlung des unvollständigen Abortus.* In der Therapie des unvollständigen Abortus herrscht noch wenig Einigkeit. Curette oder manuelle Ausräumung? — Es werden zuerst einige hiehergehörige Arbeiten analysiert, so die Publikation von Sänger « Ueber die Erweiterung und Austastung des Uterus als Vorakt der Behandlung », dann die Bemerkungen zu Sänger's Vortrag von Gessner, sowie die Arbeiten von Biermer, von Feinberg, von Chaleix-Vivie und Audebert, von P. Müller und zuletzt diejenige von K. Franz aus der Frauenklinik der Universität Halle a. S. Beuttner führt dann 40 Fälle seiner Praxis kurz an, die ihn zu folgenden Schlussfolgerungen veranlassen:

Es gibt keine Behandlungsmethode des unvollständigen Abortes, die für sämmtliche Fälle ausreichend wäre; die verschiedenen Verfahren, wie manuelle Ausräumung, Curettements, Tamponade etc., müssen sich oft ergänzen.

[1] Die Anordnung sämmtlicher Publicationen ist nach dem Namens-Alphabet geschehen.

Die manuelle Ausräumung soll dann versucht werden, wenn die Bauchdecken schlaff sind, wenn die Cervix gut für einen Finger passierbar ist und dieser letztere leicht an die Placentarinsertion gelangt. Auch darf die Frau nicht zu empfindlich sein und muss der Uterus leicht nach unten dislociert werden können. Frische Beckenentzündungen sind eine Contraindication.

Die anatomische und funktionelle Beschaffenheit der ärztlichen Hand, sowie die Thatsache, ob selbe vor kürzerer oder längerer Zeit mit septischen Stoffen in Berührung gekommen, spielt bei der Entscheidung, ob digitale Ausräumung oder Curettement, eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Die praktischen Aerzte müssen vornehmlich mit dem Curettement vertraut gemacht werden, da dieses stets zum Ziele führt und den Arzt und die Patientin in der Ausübung der täglichen Beschäftigung am wenigsten beeinträchtigt. Das Curettement kann bei frühzeitigen wie vorgerückteren Aborten ausgeführt werden (1-6 Monate).

In einer kleinen Tabelle werden dann die Vorzüge des Curettements und die Nachteile der digitalen Ausräumung einander gegenübergestellt:

Curettement.	*Manuelle Ausräumung.*
1. Nicht allzu schmerzhaft.	1. Gewöhnlich sehr schmerzhaft.
2. Kann bei relativ engem Cervicalkanal gemacht werden.	2. Muss oft dilatiert werden.
3. Narkose, wirklich des Curettements halber, nicht nötig.	3. Narkose oft nötig.
4. Gibt bei sapræmischen Prozessen selten Veranlassung zur Weiterverbreitung in die Lymphbahnen.	4. Begünstigt bei sapræmischen Prozessen die Weiterverbreitung in die Lymphbahnen.
5. Entspricht viel mehr den Prinzipien der Asepsis.	5. Begünstigt Veschleppung von Schéidekeimen in's Uteruscavum.
6. Gibt auch bei Complikationen, wie Coxitis, Uterus arcuatus-bicornis, frischen Entzündungen im Becken, gute Erfolge.	6. Kann in Fälle von Complikationen absolut fehlschlagen.
7. Curette kann steril gemacht werden.	7. Finger kann mit weniger Garantie steril gemacht und steril erhalten bleiben.

8. Die Scheide wird ausser Contakt gesetzt.	8. Die Scheide muss zuerst (mit dem Finger) passiert werden.
9. Uterus muss nicht übermässig stark nach unten dislociert werden.	9. Uterus muss stark auf irgend eine Weise nach unten dislociert werden.
10. Die Ausräumung ist eine gründlichere.	10. Die Ausräumung lässt nicht selten Reste zurück.
11. Lässt sich selbst mit nicht desinfizierten Händen absolut aseptisch ausführen.	11. Lässt sich nicht ausführen, wenn der Arzt keine genügenden Desinfektionsmittel zur Hand hat.
12. Löst die Vera in derselben Schicht, in welcher bei spontanem Verlauf die Trennung geschieht (Dührrsen).	12. Lässt die Decidua meist « in toto » sitzen.
13. Auch kleine Eihautreste werden entfernt.	13. Kleinere Eihautreste (insbesondere die Decidua) werden durch den Finger nicht entfernt.
14. Die Behandlungszeit wird abgekürzt (was hauptsächlich bei der ärmeren Bevölkerung von einschneidenster Bedeutung ist).	14. Es wird oft Zeit mit Dilatation, Narkose etc., verloren und so notgedrungen bei der ärmeren Bevölkerung die Rekonvalescenzzeit beschnitten.

Da die existierenden Modelle von Curetten für die Bedürfnisse des praktischen Arztes nicht zu genügen schienen, so hat Beuttner eine neue Curette anfertigen lassen (siehe Fig. 1).

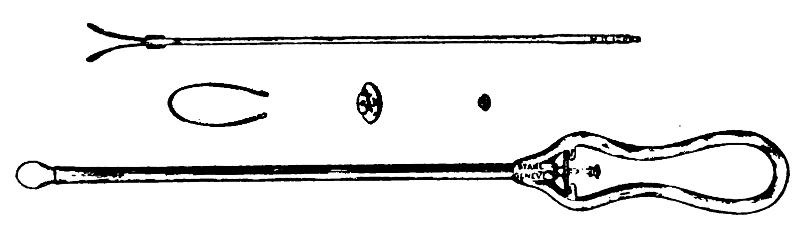
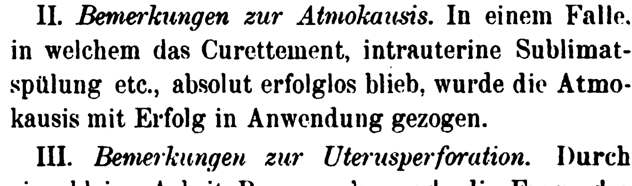


Fig. 1.

Selbe ist 31 cm. lang und besteht: 1) Aus einem gut fassbaren Griff; 2) aus einer 19 cm. langen Röhre; 3) aus einem in der Röhre liegenden Draht, der am zentralen Ende zwei Schrauben und am peripheren Ende

die Curette trägt. Die Röhre selbst ist, $4^1/_2$ cm. von der peripheren Oeffnung entfernt, leicht auf der Fläche nach vorn abgebogen. (Die Abbiegung kann ohne weiteres vermehrt oder vermindert werden). Das zentrale Drahtende zeigt eine graduelle Einteilung (nach Millimetern). Ist die Curette vollständig entwickelt, so hat sie eine Breite von 14 mm.; ist sie möglichst klein gemacht, so misst sie nur 6 mm.



II. *Bemerkungen zur Atmokausis.* In einem Falle, in welchem das Curettement, intrauterine Sublimatspülung etc., absolut erfolglos blieb, wurde die Atmokausis mit Erfolg in Anwendung gezogen.

III. *Bemerkungen zur Uterusperforation.* Durch eine kleine Arbeit Beuttner's wurde die Frage der Uterusperforation wieder in Fluss gebracht. Es gibt wahre Uterusperforationen und Pseudoperforationen; auch kommt Tubensondierung vor.

IV. *Bemerkungen zur Hysteroskopie.* Duplay und Clado haben versucht das elektrische Licht zur Beleuchtung der Uterushöhle zu verwenden, nachdem bereits Vuillet die Cervikalhöhle dermassen dilatiert hatte, dass er vermittelst eines intrauterinen Speculums und Sonnenlichtes das Innere zu sehen und zu photographieren vermochte.

Beuttner ist einen Schritt weiter gegangen und hat die Lichtquelle (elektrische) in das Cavum uteri selbst verlegt. Das nötige Instrumentarium besteht aus einer Combination des Nitze-Winter'schen Cystoskops (Fig. 2) mit einem dasselbe allseitig umgebenden Metallrohr, das in seinem Innern eine plattgedrückte zweite Röhre beherbergt und am geschlossenen peripheren Ende eine mit einem Metalldeckel verschliessbare, rechtwinklige Oeffnung aufweist, die der Lage der Lampe und des Prismas des Cystoskops entspricht. Die plattgedrückte Röhre, die so gelagert ist, dass sich allfällig in ihr befindliche Flüssigkeit auf das Prisma und die Lampe ergiesst, steht mit einer kurzen Querröhre (mit Hahn) in Verbindung, während eine zweite kurze Röhre (ohne Hahn) mit dem Lumen des Metallmantels communiziert.

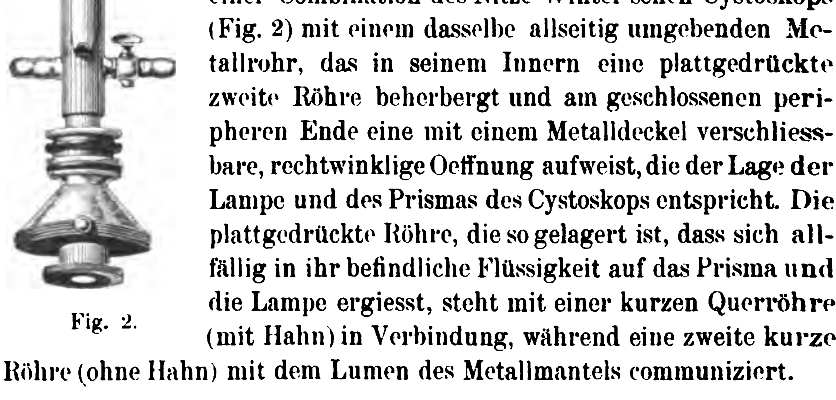


Fig. 2.

D[r] O. Beuttner, Genf:

Ueber die therapeutische Verwertung des Salipyrins auf gynækologischem Gebiete[1].

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, 1900, pag. 42.)

An Hand der von Zurhelle, Kayser, Bigelow und Orthmann publizierten sowie 24 selbstbeobachteten Fällen, stellt B. betreffs der therapeutischen Verwertung des Salipyrins auf gynækologischem Gebiete folgende Indikationen auf:

Das Salipyrin ist indiziert:

1. Bei Menorrhagien (mit oder ohne Adnexerkrankungen).

2. Bei Metrorrhagien (mit oder ohne Adnexerkrankungen), wenn es sich nicht um solche bei krebsigen Prozessen oder grösseren Tumoren und Geburts- und Abortusblutungen handelt.

3. Bei klimakterischen Blutungen.

4. Bei Blutungen geraume Zeit nach Geburt und Abortus. (Endometritis post abortum).

5. Bei drohendem Abortus.

6. Bei Dysmenorrhœ.

7. Bei Uterusstörungen, die mit neuralgischen und periodischen Erscheinungen auftreten, sowie bei allen Menstruationsbeschwerden, wenn keine schweren Organerkrankungen des Uterus vorliegen.

8. Bei den præmenstruellen und menstruellen psychischen Depressionszuständen.

Was die Dosierung des Mittels anbetrifft, so wurde im Beginne nur 1,0 gr. *pro die* verabreicht, später wurde dreimal 1,0 gr. *pro die* verschrieben.

Das Salipyrin kam auch in Verbindung mit Extract opii, mit Acid benzoic und Kampher, mit Chin. sulfur und Ferratin in Anwendung.

[1] Nach einem auf dem internationalen Congress für Gynækologie in Amsterdam gehaltenen Vortrage, betitelt: *L'emploi de la salipyrine en gynécologie.* Comptes rendus du Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, pag. 136. Amsterdam (Scheltema & Holkema's Boekhandel, 1900).

Dr O. Beuttner, Genf:

Ueber Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynækologisch-geburtshülllichen Narkosen[1]. — Vomiting of Coffeeground coloured Substances after Anæsthesia in Gynæcological and Obstetrical Cases where Instrumental or Operative Interference has been resorted to. — Comptes rendus du Congrès périodique International de Gynécologie et d'Obstétrique. Amsterdam.
(Scheltema & Holkemer's Boekhandel, 1900).

B. hat in der Berner Universitäts-Frauenklinik sechs hiehergehörige Fälle beobachtet, sowie einen siebenten Fall in seiner Privatklientele. Man muss das Symptom des Erbrechens kaffeesatzartiger Massen kennen. um nicht Irrschlüsse auf Carcinoma ventriculi zu ziehen. Die Aetiologie ist noch dunkel, zwei Momente scheinen jedoch eine Rolle zu spielen. 1. das venöse Blut und 2. eine reichliche Salzsäuremenge.

Dr O. Beuttner, Genf:

Ueber Contraktions- und Erschlaffungszustände des Uterus in den ersten Schwangerschaftsmonaten nebst einigen Bemerkungen zu dem Aufsatz von Odebrecht in Nr. 49 des Centralblattes für Gynækologie 1897. (Centralblatt für Gynækologie, Nr. 37, 1900).

B. hat in zwei Fällen von frühzeitiger Schwangerschaft typische Erschlaffungs- und Contraktionszustände der schwangern Gebärmutter konstatieren können. Diese neuen Beobachtungen, sowie anderweitige Veröffentlichungen die einer seiner früheren Publikationen: « *Ueber ein eigentümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten,* » gefolgt sind, veranlassen B. gegenüber Odebrecht (Berlin), Stellung zu nehmen. O. hatte behauptet, dass B. in den früher mitgeteilten Fällen, den Uterus perforiert habe, dass also das eigentümliche Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten auf einfache Art und Weise zu erklären sei.

An Hand von Arbeiten von Ahlfeld, Courant, Odebrecht, Jahreiss,

[1] Vide Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 18, 1899.

Glæser, Rosenfeld, Queisner, Flœckinger, Fréderiq und ganz besonders Kossmann's (Münchner med. Wochenschrift, 1900, Nr. 10-12), sowie seiner zwei neuen Beobachtungen, kann B. der Ansicht O. nicht beitreten; seinen ersten Fall hält er nach wie vor für eine Pseudoperforation. Den zweiten ist er jedoch geneigt als Tubensondirung aufzufassen; immerhin müsste dann noch eine plausible Erklärung dafür gegeben werden, warum die Sonde ohne weiteres vier Mal den gleichen Weg (nach der Tube) genommen hat.

Dr O. Beuttner, Genf:

Eine neue Wochenbetts- und Laparotomiebinde. (Wiener Medizinische Presse, Nr. 16, 1900, pag. 726).

Die Binde besteht (s. Fig. 3) aus einem 115 cm. langen und 26 cm. breiten, doppelt gefalteten Tuch von gewöhnlicher Leinwand, welches durch um die Oberschenkel fixierte, 7 cm. breite Bänder mit je zwei Schnallen versehen, in der richtigen Lage gehalten wird, indem auf der Aussenseite der Oberschenkel ebenso breite Bänder nach oben gehen, die mit je zwei Sicherheitsnadeln an der Leibbinde befestigt werden.

Der Verschluss der Binde besteht aus zwei Metallstäben, wovon der eine in der Mitte von oben nach unten durch-

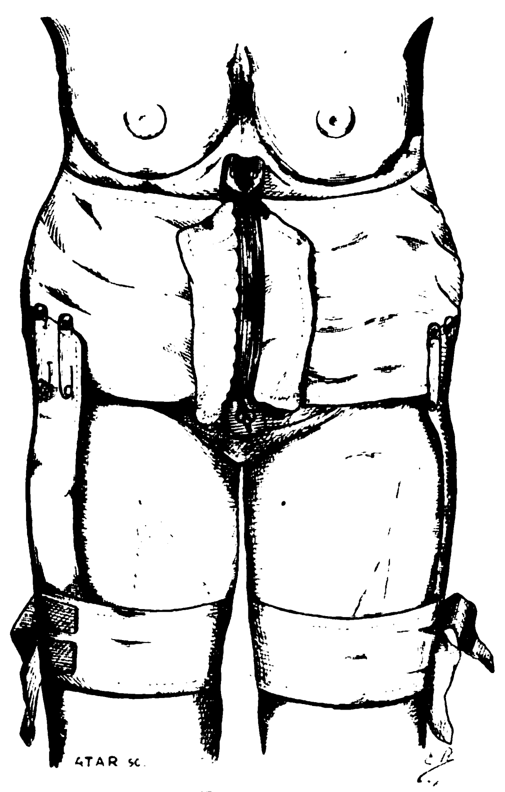


Fig. 3.

brochen ist und seitlich zwei Rinnen trägt, während der andere mit Zähnen versehen, leicht so fixiert werden kann, dass letztere in die Rinnen zu liegen kommen.

Will man sich der Binde bedienen, so wird selbe um den Leib der Wöchnerin geschlungen und zwar so, dass ihr unterer Rand parallel zur Symphyse zu liegen kommt; dann werden die Oberschenkelbänder, dem einzelnen Fall entsprechend, befestigt, die Metallplatte mit den Rinnen von unten nach oben über die beiden Enden des Tuches vorgeschoben, diese nach auswärts umgelegt und nun das Metallstück mit den Zähnen auf einfache Weise fixiert. Wird an den beiden Tuchenden gezogen, so kann man die Binde so stark anspannen, als man will; selbe kann nicht zurückweichen, da sie daran durch die Zähne verhindert wird; ein Strafferspannen ist aber jederzeit möglich.

Je nachdem die Binde, d. h. der Stoff als solcher selbst etwas nachgiebt oder das Abdomen durch die Involution des Uterus kleiner wird, wird im Laufe des Tages immer von neuem angezogen, worauf immer automatische Fixation folgt. Dadurch rücken natürlich auch die seitlichen Oberschenkelbänder nach vorne; selbe werden deshalb successive in der richtigen seitlichen Lage fixiert, damit sie stets das « Nach oben gleiten » verhüten.

Um beim Anziehen der Binde nicht Abdominalhaut zwischen den Metallstab hineinzuziehen, ist es ratsam, ein Nasstuch auf die Linea alba zu legen. — Die Binde wird fabrizirt vom Croix-Rouge, rue du Mont-Blanc, Genf.

Dr Billeter, Schaffhausen :

Zum Kapitel : Zahncaries und Laktation. (Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Bd. X, Nr. 4, 1900. Pag. 247.)

Prof. von Bunge[1] kam in letzter Zeit auf ein ähnliches Thema: « Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen » zu sprechen; er fand neben anderen Degernationserscheinungen (Tuberkulose, Nervenkrankheiten, Potatorium) einen auffallenden Unterschied in der Entwicklung der Zahncaries, indem es sich ergab, dass die durchschnittliche

[1] Vide unter Originalmitteilungen, pag.: *Prof. G. von Bunge: Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen.*

Zahl der cariösen Zähne bei den stillenden Frauen eine auffallend geringere war, als bei den nicht stillenden im gleichen Alter. Des weitern hat ein englischer Arzt, Dr Borton, gefunden, dass die mit Muttermilch genährten Kinder die besten Zähne aufweisen, weniger gut waren sie bei den mit Kuhmilch aufgezogenen und am schlechtesten bei solchen, deren Ernährung zum Teil oder gänzlich durch künstliche Ersatzpräparate geschehen war. Ueber ähnliche Erfahrungen in Bezug auf den Einfluss des Stillens, auf die Zeit des Zahndurchbruches, berichtet ein französischer Arzt, Dr Ledé. Dann hat Dr Frick* auf diejenigen Länder hingewiesen, in denen das Säugen der Kinder die Regel bildet und wo die Zahncaries vor dem 20. Altersjahre kaum vorkommt.

Die Frage des Einflusses der Laktation auf die Zahncaries beschäftigt Dr B. seit ca. zwei Jahren. Was vor allem die Ueberzeugung von dem Einfluss des Nichtstillens auf die Verbreitung der Zahncaries in B. befestigt hat, ist folgende Erwägung: « Die Zahncaries nimmt da, wo sie in ausgedehntem Maasse auftritt, zusehens überhand; diese Ueberhandnahme hat nach allen Berichten einen progressiven Charakter angenommen. Denselben Charakter müssen auch die der Zahncaries zu Grunde liegenden Ursachen haben. Alle bisher angeführten ætiologischen Momente aber entbehren dieses Charakters; wohl aber sehen wir, dass die Ueberhandnahme des Nichtstillens und namentlich die davon abhängige Kindermorbidität ganz ausgesprochen diesen Charakter zeigt. »

Alle Autoren (Bollinger & A.), stimmen darin überein, dass die künstliche Ernährung der Kinder grossen Einfluss auf die Kindermorbidität ausübe. Meist handelt es sich um Magendarmkatarrh mit den so gefürchteten Durchfällen, bei denen die Ernährung ja ganz darnieder zu liegen pflegt. Dass nun in solchen Zeiten die Entwicklung des zarten Schmelzkeimes Not leiden muss, liegt auf der Hand. Als sprechender Beweis dafür sehen wir das oft beobachtete symmetrische Auftreten der Zahncaries. Dr B. sagt dann wörtlich weiter: « *Ist einmal der grosse Einfluss des Stillens auf die Kindermorbidität anerkannt, und soweit ich sehe ist dies der Fall, so muss auch der gleiche, grosse Einfluss des Stillens auf die Entwicklung der Zähne zugegeben werden.* »

* Vide unter « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften », *Dr Frick: Ueber den Zusammenhang zwischen der Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahre und der Zahncaries.*

Dr Bourcart, Genf:

Ueber intrauterine Injektionen mit dem gelatinösen Serum von Lancereaux.* — De l'injection intra-utérine du sérum gélatineux de Lancereaux en gynécologie. (Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 5. 1900, pag. 247).

Am 22. Januar 1897 teilte Lancereaux der Akademie die Resultate mit, die er durch subcutane Injektionen von gelatinösem Serum bei Aneurismen erhalten. Im März 1898 machte Siredey seine Erfolge bekannt, die er vermittelst der von Paul Carnot inaugurierten Methode der lokalen Applikation (Vaginaltamponade, intrauterine Injektion) bei schweren Metrorrhagien etc., erzielt.

Auf Anraten von Prof. Revilliod hat B. das gelatinöse Serum bis jetzt bei fünf gynækologisch Erkrankten angewendet und zwar in Form von intrauterinen Injektionen.

1. Fall. Frau von 43 Jahren. Endometritis. Metritis chronica: starke Metrorrhagien: wurde bereits zwei Mal curretiert etc., etc. Mit einer einzigen intrauterinen Injektion (10 cm.^{3}) wurde jeweilen die profuse menstruelle Blutung gestillt.

2. Fall. In einem ähnlichen Falle, wie oben, wurde ebenfalls nach einem kleinen Recidiv (Pat. war gezwungen sich ausser Bett aufzuhalten) die Hämostase erreicht.

3. Fall. Parametritis; linksseitige Ovaro-Salpingitis; Retroflexio uteri fixata. Blutung seit 14 Tagen: nach der ersten Injektion sistierte die Hæmorrhagie für 24 Stunden. eine zweite Injektion brachte sie definitiv zum stehen.

4. Fall. Bei einer Patientin mit mobiler Retroflexion und uteriner Atonie wurde während vier aufeinander folgenden Tagen die Blutung täglich sofort vermittelst der intrauterinen Injektion angehalten.

5. Fall. 54jährige Frau. Interstitielles Fibromyom. Heftige Metrorrhagien. Seit mehreren Jahren vierwöchentlich starke Blutungen. Ausge-

* Nach einem in der Medizinischen Gesellschaft der Stadt Genf gehaltenen Vortrage.
Siehe die sich anschliessende Diskussion.

sprochene Anæmie; Oedeme. 15 cm[3] intrauterin: Blutung steht; am darauffolgenden Tage neuerdings Injektion (blutig seröser Ausfluss). Blutung steht vollständig.

Prof. Bunge, Basel:

Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. (Verlagsbuchhandlung E. Reinhardt. München, 1900).

Es handelt sich um die Veröffentlichung eines äusserst interessanten Vortrages den G. v. Bunge am 1. Juni 1899 in der medizinischen Gesellschaft zu Basel hielt; es hat sich seit dieser Zeit das beweiskräftige Material verdreifacht. Die Arbeit basiert auf physiologisch-chemischen Untersuchungen und auf klinischem Materiale, das durch Fragebogen zusammengetragen wurde.

In 665 Fällen konnten 182 Frauen stillen, 483 dagegen nicht; *es kann die Erblichkeit der Unfähigkeit zum Stillen klar bewiesen werden. Kann eine Frau ihr Kind nicht stillen so kann fast ausnahmslos auch die Tochter nicht stillen und die Fähigkeit ist unwiderbringlich für alle kommenden Generationen verloren. — Ist der Vater ein Säufer, so verliert die Tochter die Fähigkeit ihr Kind zu stillen und diese Fähigkeit ist ebenfalls unwiderbringlich verloren für alle kommenden Geschlechter. Die Unfähigkeit zu stillen ist keine isolierte Erscheinung. Sie paart sich mit anderen Symptomen der Degeneration, insbesondere mit Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen aller Art, an Tuberkulose, an Nervenleiden, an Zahncaries. Die Kinder werden ungenügend ernährt und so steigert sich die Entartung von Generation zu Generation und führt schliesslich nach endlosen Qualen zum Untergang des Geschlechtes.*

Zur *Verhütung* der Degeneration, insbesondere zur Verhütung der Unfähigkeit zum Stillen. giebt es nur zwei Wege:

1. Die Beseitigung der Ursachen (Alkoholismus).

2. Die Zuchtwahl.

Ein gesunder Mann, der sich gesunde Nachkommenschaft wünscht, soll:

1. kein Mädchen heiraten, das nicht von der eigenen Mutter gestillt werden konnte;
2. kein Mädchen aus einer tuberkulösen Familie;
3. kein Mädchen aus einer psychopatisch belasteten Familie;
4. keine Tochter eines Trinkers;
5. kein Mädchen mit cariösen Zähnen.

Prof. Eternod, Genf:

Beitrag zur embryologischen Classifikation von Eiern.* — Contribution à la classification embryologique des œufs. — Aus dem Laboratorium für normale Histologie und Embryologie von Prof. Eternod. Bibliographie anatomique. 1900. Fasc. IV. (Imprimerie Berger-Levrault & C[ie], Nancy, 1900.)

Eternod giebt zuerst die genaue Klassifikation der Eier nach Haeckel, nach Balfour und nach Roule; er stimmt mit den erwähnten Autoren darin überein, dass man auf die Menge und Verteilung des Bildungs- und des Nahrungsdotters Rücksicht nehmen müsse, fügt dann aber hinzu, dass von grösserer Bedeutung doch die evolutiven Manifestationen des Eies nach der Gastrulation seien.

Um zu einer guten Klassifikation zu gelangen, müssen folgende Momente nicht ausser Acht gelassen werden: 1. Die Stellung des Kernes; 2. die Richtung der Achse und die Orientation des Bildungs- und des Nahrungsdotters; 3. die relative Menge des Deuteroplasmas; 4. die Orientation des Deuteroplasmas in ihrer Abhängigkeit vom Kern und der Eiachse; 5. die Art und Weise der Segmentation und die Stelle durch welche die Aequatorialebene der Segmentation geht; 6. der Modus der Gastrulation und 7. das Phænomen der post-gastrulären Evolution.

Nach einer sehr detaillierten Auseinandersetzung der in Betracht kommenden Faktoren, folgt in Tabellenform die Eternod'sche Klassifikation; um das Verständnis zu erleichtern sind schematische Abbildungen beigegeben; im weitern folgt eine vergleichende Zusammenstellung der verschiedenen Klassifikationen.

* Nach einem auf dem 13. internationalen Kongress in Paris gehaltenen Vortrage.

Eternod resümiert zum Schlusse folgendermassen:

« *Es existieren keine Eier die jeglichen Nahrungsdotters entbehren; alle ächten Eier sind also mehr oder weniger meroblastisch; alle sind mehr oder weniger polarisiert, mehr oder weniger ausgesprochen differenziert, obgleich sie an und für sich spezielle Charaktereigentümlichkeiten aufweisen.* »

D[r] Gassmann, Bern:

Ueber die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei Vulvovaginitis-Gonorrhoica der Kinder.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 18, 1900, pag. 568.)

Die Arbeit stammt aus der dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Prof. Jadassohn in Bern. Nach den bisherigen Untersuchungen bei Kindern werden hauptsächlich Urethra und Vagina befallen; sehr wenig wissen wir über die Beteiligung des Endometrium und der Adnexe. Der histologische Nachweis der Gonococcen in der Schleimhaut *(Menge)*, steht für die Vagitinis der Kinder bis jetzt noch aus. Die von G. mitgeteilten Beobachtungen, von stark eitrigem und gonococcenhaltigem Sekret der Vagina, bei Freisein des Cervixcanals, geben übrigens auch für den grössten Skeptiker den definitiven Beweis. Ueber die Beteiligung der Cervixschleimhaut bei Kindern fehlt jegliche Kenntnis. (Untersuchungen darüber wurden auf einer auswärtigen Klinik unternommen, die Resultate waren aber beim Erscheinen der Gassmann'schen Arbeit noch nicht veröffentlicht.) Zum Beweis, wie selten die Mehrzahl der Autoren eine Erkrankung der Uterusmucosa beobachtet hat, teilt G. die seit 1885 publizierten derartigen Fälle (nach Prof. Jadassohn's Referaten in Baumgarten's Jahresbericht) mit. Es wurden von G. auf der Berner dermatologischen Klinik des weiteren bei vier Fällen von Vulvovaginitis das Cervicalsekret direkt untersucht. *In drei von diesen vier Fällen konnte auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eine Erkrankung der Uterusschleimhaut ausgeschlossen werden.* Das Sekret war in diesen Fällen zähschleimig, glasig, durchsichtig und enthielt nur Epithelien; im vierten hatte das Sekret dieselbe makroskopische Beschaffenheit, enthielt ausserdem auch Eiterkörperchen, aber keine Gonococcen. Die Befunde der

vier Fälle beweisen nur, dass jedenfalls nicht in allen Fällen von Vulvovaginitis der Kinder die Uterusmucosa miterkrankt ist, und dass man für die Erklärung der Hartnäckigkeit der Krankheit dieses Moment nicht heranzuziehen braucht.

Dr. Gelpke, Liestal:

Nochmals der Murphyknopf in der Chirurgie der Baucheingeweide.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1900, Nr. 11, pag. 336).

Am Kantonsspital Liestal wurde der Murphyknopf seit Anfang des Jahres 1896 in 22 Fällen angewendet, und zwar neben der Czerny-Lembert'schen Naht. Es zeigte sich, dass ein grosser Teil der gegen den Knopf angeführten Bedenken, als: Liegenbleiben im Magen oder Darm, Randperforationen und Ileus, theoretischer Natur sind. Nur in zwei Fällen wurden nachteilige Folgen vom Knopf gesehen; einmal, bei einer Gastro-enterostomie, verlegte der Knopf *in situ* die Passage des Dünndarmes und ein zweites Mal fand man bei einer Patientin mit Dünndarmresektion, welche vier Wochen nach der Operation an Lungenentzündung zu Grunde ging, den Knopf im Caecum liegen; daselbst hatte der Knopf ein Druckgeschwür gemacht, welches nahe daran war, zu perforieren. G. sagt des weiteren wörtlich folgendes: «Die ingeniöse Erfindung des Chicagoer Chirurgen ist bei richtiger Anwendung eine sehr nützliche Bereicherung unseres Instrumentars; sie ist überall am Platze, wo Zeitersparnis lebensrettend ist, also besonders bei brandigen Hernien. Sie scheint auch nicht weniger passend bei Pylorusresektion, zur Wiedervereinigung des Dünndarmes mit dem Magen, besonders bei kurzem Duodenum etc. Folgen sechs Krankengeschichten von in den letzten Monaten am Liestaler Kantonskrankenhause operierten Fällen.

Dr. C. S. Haegler, Basel:

Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz. Eine experimentelle und kritische Studie. (Basel 1900. Verlag von Benno Schwabe.)

Haegler gebührt das Verdienst in dieser 210 Seiten umfassenden Monographie, das Thema der *Händedesinfektion* in bisher umfassendster, musterhafter Weise behandelt zu haben, und wer in irgend einer Richtung auf diesem Gebiete sich orientieren will, wird es nirgends besser thun können als hier. Von der gewaltigen Intensität, mit welcher in der Chirurgie an der Vervollkommnung der aseptischen Prophylaxis überall gearbeitet wird, legt Zeugnis ab das vom Verfasser gegebene, 184 Nummern umfassende, einschlägige Litteraturverzeichnis. Aus der grossen Summe dessen, was H. aus eigenen Experimentaluntersuchungen und unter objektiver Sichtung der vollständig berücksichtigten Litteratur folgert, soll hier in gedrängter Kürze das Wichtigste wiedergegeben werden.

Auf Grund fremder und eigener Untersuchungen erklärt H., *dass der mechanischen Reinigung, d. h. der Entfernung des Keimmaterials von der Handoberfläche die wichtigste Rolle zukommt.*

Die *Antiseptica* aber bei der Reinigung fern zu halten, hält er deshalb nicht für richtig, weil deren Anwendung keineswegs ohne Resultat auf den Keimgehalt der Hand ist. *Es kann nach seinen Versuchen ein Einfluss der einer gründlichen mechanischen Reinigung, Entfettung und Entwässerung folgenden Sublimatbehandlung auf den Keimgehalt der Handoberfläche, resp. auf die Entwicklungsfähigkeit dieser Keime nicht von der Hand gewiesen werden.* Wenn es daher möglich ist, mit antiseptischen Mitteln das Ergebnis zu verbessern, so muss man diesen Weg ergreifen « und sich nicht irre machen lassen durch die glänzenden Statistiken der absoluten Aseptiker, die leider nicht lückenlos sind. » (S. 75.) (Damit steht vollkommen im Einklang das Ergebnis einer neuen ausgedehnten Serie von Untersuchungen, über die Krönig am letzten Chirurgenkongress referiert hat. Referent hat, wie aus der Diskussion über die Handschuhe an der Oltener Versammlung 1899 zu ersehen ist, *niemals auf das Desinficiens verzichtet* und zwar aus denselben Gründen.)

Was nun die *Art der mechanischen Reinigung* betrifft, so weist H. den

Angriff SCHLEICH's auf die *Bürsten* ab; nach wie vor können diese durch Kochen sterilisiert werden (« Wurzelbürsten »). SCHLEICH's *Marmorseife* als alleiniges Reinigungsverfahren ist durchaus ungenügend und erzielt keineswegs die behauptete Keimfreiheit der Hände. (Darin sind alle Autoren, welche dieses Verfahren nachgeprüft haben, einig. (Vergl. Verhandlungen des letzten Chirurgen-Congresses. Ref.)

Untersuchungen über die von MIKULICZ empfohlene *Seifenspiritus*-desinfektion führen den Verfasser zu dem Schlusse, dass es hier gerade so wie bei der Alkoholdesinfektion um eine Scheindesinfektion sich handle. Will man eine gründliche Reinigung der Hand erzielen, so empfiehlt es sich daher immer noch zu trennen, d. h. *die Seifenbehandlung und die Alkoholbehandlung gesondert vorzunehmen*, trotzdem diese Trennung eine Complikation bedeutet und mehr Zeit erfordert.

Des Verfassers Experimente haben sich auch auf die von der Firma *Hausmann* in St. Gallen empfohlene, von den Schweizer Kollegen wohl öfters benutzte *Servatolseife* erstreckt. Seine Nachprüfung konnte die behaupteten Resultate in keiner Weise bestätigen. « Sterilität der Hände wurde auch nach 10 Minuten langer Anwendung der Seife nie erzielt. »

Höchst detailliert sind ferner die Untersuchungen über den Wert der *Operationshandschuhe*. Ich führe daraus wörtlich das folgende Résumé (S. 164 und 165) an. « Wir kennen », sagt H., « kein Handschuhpräparat und werden wohl auch keines kennen lernen, das — für die operativen Zwecke angewendet — eine absolute Sicherheit gewährt und die Geschicklichkeit nicht hindert. »

Die Operationshandschuhe haben zweifellos eine grosse Rolle gespielt, weil man bei dieser Gelegenheit den Händen die Aufmerksamkeit geschenkt hat mit einer Gründlichkeit, die bisher nie aufgeboten wurde. Ich halte sie wegen ihrer Unzulänglichkeit und der Complikation, die sie mit sich bringen, bis zu einem gewissen Grad für eine vorübergehende Erscheinung. Ich muss es nach meinen Untersuchungen nicht nur für vorteilhafter in Hinsicht auf die Geschicklichkeit, sondern auch für sicherer halten, wenn *ohne* Handschuhe operiert wird, insofern der Operateur über eine ganz tadellos beschaffene Hand verfügt und die Reinigungs- und Desinfektionsmassregeln nicht gedankenlos nach Vorschrift und Sanduhr vollzieht. Bei Händen nicht tadelloser Beschaffenheit aber ist der Operationshandschuh ein unentbehrliches Hülfsmittel, bis die kosmetische Pflege die Hände wieder « operationssaalfähig » gemacht hat: solche Hände spotten jeder mechanischen und chemischen Reinigung.

Hier ist der *Zwirn*-Handschuh ebenso nutzlos als gefährlich. Die Wahl liegt zwischen *Leder*- und *Gummi*-Handschuh; der letztere ist dann vorzuziehen, wenn man eine gute Nummer besitzt (d. h. wenn die Hand den käuflichen Nummern passt) und man sich mit guten Präparaten versorgen kann. (Referent erlaubt sich auch da an seine Studien über Wundbehandlung I. Teil und an dasselbe Votum an der Oltener Versammlung zu erinnern. Sein Standpunkt deckt sich mit demjenigen HÆGLER's vollkommen.)

Ein letzter wichtiger Abschnitt ist dem « Schwerpunkt der Händereinigungsfrage » der *Prophylaxis* gewidmet. Von der *Karenzzeit* ist nicht viel zu halten; experimentell ist ihr Nutzen nicht feststellbar. *Von grösster Wichtigkeit ist dagegen jede auf irgend eine Weise infizierte Hand auf das sorgfältigste zu reinigen.* Die Beschaffenheit der Handoberfläche ist der wichtigste Faktor in der Möglichkeit der Händereinigung. Ein Antisepticum, das die Hände nicht angreift, wird es nie geben. Man soll nicht unnötig oft und zwecklos seine Hand bearbeiten, vor allem aber dieselbe kosmetisch pflegen. Da hilft das Einreiben mit *Lanolin* — Wachs — oder anderen Salbe nunmittelbar nach Abschluss der operativen Thätigkeit, das Baden in *Kleieninfus.*, sehr viel zur Konservierung mit. Diese *Kosmetik der Hand gehört für den Chirurgen gerade so sehr zum täglichen Pensum, wie das Aufziehen der Taschenuhr.*

CONRAD BRUNNER (Münsterlingen).

(*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte,* Nr. 19, 1900, pag. 449.)

Prof. JENTZER und Dr. BEUTTNER, Genf:

Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band XLII, Heft 1.)

Es wurden experimentelle Untersuchungen an 10 Kühen, 13 Kaninchen und 4 Hunden angestellt.

Eine allgemeine Litteraturübersicht leitet die Arbeit ein; dann folgen die Ergebnisse der makroskopischen Untersuchungen am Kuhuterus: « *Wir finden bei sämmtlichen Castrationsfällen schon makroskopisch eine Atrophie, sei es, dass man die Uterushörner, was Länge und Breite betrifft, in Betracht zieht, sei es dass man nur einzelne Gewebsschichten: Mucosa*

(nicht konstant), Ringmuskulatur, Gefässschicht und Cortikalschicht durchgeht (siehe Fig. 4 und 5.)

Fall VIII. Fall XII.

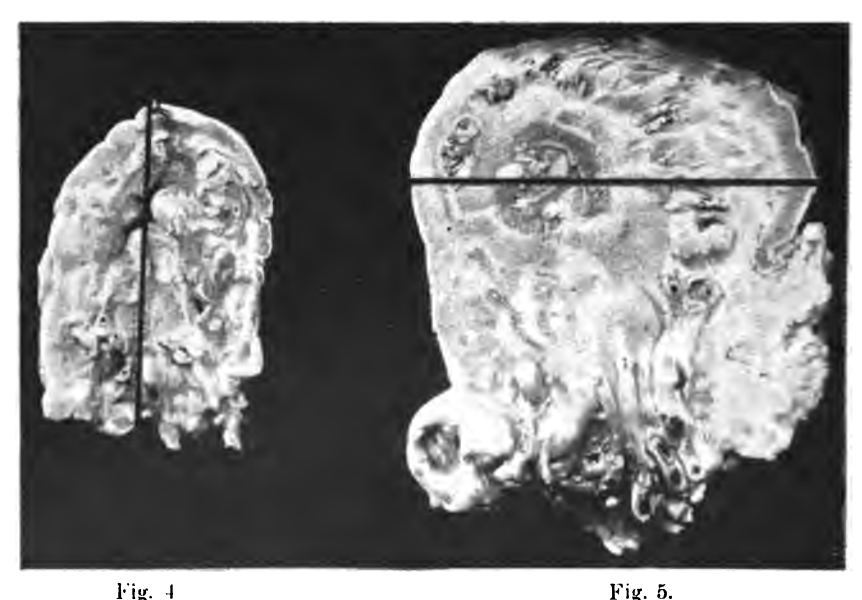


Fig. 4

Querdurchschnitt durch das Uterushorn einer castrierten Kuh (1/2 natürlicher Grösse).

Fig. 5.

Querdurchschnitt durch das Uterushorn einer nicht castrierten Kuh (1/2 natürlicher Grösse).

a) *Experimentelle Untersuchungen an Kühen:* Die mikroskopische Untersuchung ergab etwa folgende Befunde (siehe Fig. 6 und 7): Die Flimmerhaare fehlten stets. (Wenn faktisch vorhanden, so wären selbe durch die Art der Präparierung der Schnitte zu Grunde gegangen.) Die vor der Castration eher schmalen, kegelförmigen Epithelzellen sind nach derselben mehr kubisch geworden, oft nur von halber Höhe; die Kerne eher rundlich und basalständig, dadurch die darüber lagernde Protoplasmaschicht breiter (Fig. 8 und 9). Die cytogene Schicht weist keine einheitliche Atrophie auf, dagegen sind die Uterindrüsen einer intensiven Atrophie verfallen, wenigstens in acht Fällen: in zwei weiteren Fällen wurde eine nur mässige Atrophie verzeichnet. Die retikuläre Schicht ist nicht verschmälert: dagegen sind die in ihr sich befindenden Arterien regressive Veränderungen eingegangen: eine konsequente Atrophie hat die fibrilläre Schicht erfahren. Das *Stratum musculare circulare internum* durchwegs atrophiert, stellenweise ist das Muskelgewebe durch Binde-

gewebe ersetzt, so dass wir « typische Bindegewebsinseln » mit meist zahlreichen, neugebildeten Capillaren erblicken. Die muskulösen Verbindungsstränge, die vom *Stratum musculare circulare internum* durch



Fig. 6.

Fall XI. Schnitt durch ein Uterushorn der Kuh. — *a* Cylinderepithel. *b* Stratum cellulare. *c* Uterindrüse. *d* Stratum reticulare. *e* Stratum fibrillare. *f* Stratum musculare circulare internum. *g* Stratum vasculare. *h* Tief im Stratum vasculare sich befindende Uterindrüse. *i* Stratum musculare circulare externum. *k* Stratum musculare longitudinale. *l* Stratum musculare circulare subserosae. *m* Serosa. *n* Subserosa. *o* Cubisches Epithel. *p* Stelle, die auf Fig. 10 in vergrössertem Maassstabe gezeichnet wurde. Seibert. Obj. 4 Oc. 3.

die Gefässschicht zum *Stratum musculare circulare externum* ziehen, sind verschmälert, ja bisweilen bis zu einem solchen Grade, dass sie nur noch als spitze Ausläufer in die Gefässschicht hereinragen. Das *Stratum vasculare* ist stark verändert; die fibrilläre Grundsubstanz ist oft nur

noch bei ganz starker Vergrösserung zu erkennen. Im allgemeinen ist die *Intima* der Gefässe sehr schmal; die *Media* zeigt die Struktur der elastischen Fasern oft undeutlich. Das *Stratum musculare circulare ex-*

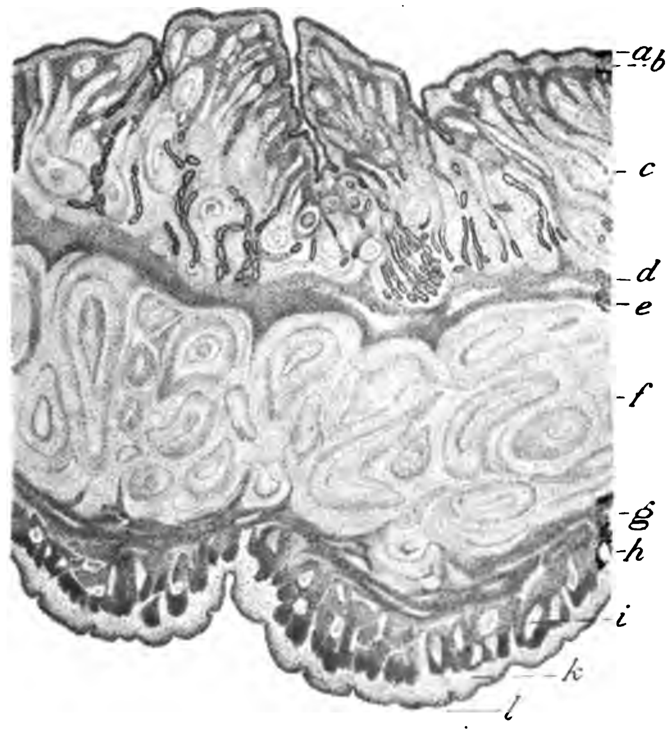


Fig. 7.

Fall VI. Schnitt durch das Uterushorn einer castrirten Kuh. — *a* Cubisches Epithel. *b* Stratum cellulare. *c* Stratum reticulare mit den atrophischen Drüsen. *d* Stratum fibrillare. *e* Stratum musculare circulare internum mit spitzigen Ausläufern in die Gefässschicht. *f* Stratum vasculare. *g* Stratum musculare circulare externum. *h* Stratum musculare longitudinale. *i* Bindegewebsinsel. *k* Serosa. *l* Cubisches Epithel. Seibert, Obj. 4 Oc. 3.

ternum und das *Stratum musculare longitudinale* zeigen durchwegs ausgesprochene Atrophie; dabei ist ganz besonders die Zwischenlagerung von Bindegewebsinseln typisch. Das *Stratum musculare circulare subserosæ*, sowie die *Subserosa* fehlen (siehe Fig. 10 und 11). Die *Serosa* ist schmäler wie normal; das kubische Epithel scheint, soweit selbes bei der Präparation nicht verloren ging, ohne Besonderheiten.

b) *Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen:* Es wurde zuerst

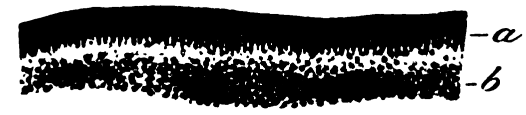


Fig. 8.

Fall XI. *a* Kegelförmiges Cylinderepithel. *b* Stratum cellulare.

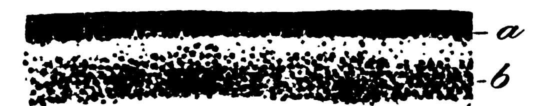


Fig. 9.

Fall V. *a* Cubisches Epithel mit basalständigem, rundlichem Kern. *b* Stratum cellulare. Leitz, Obj. 8 Oc. 3.

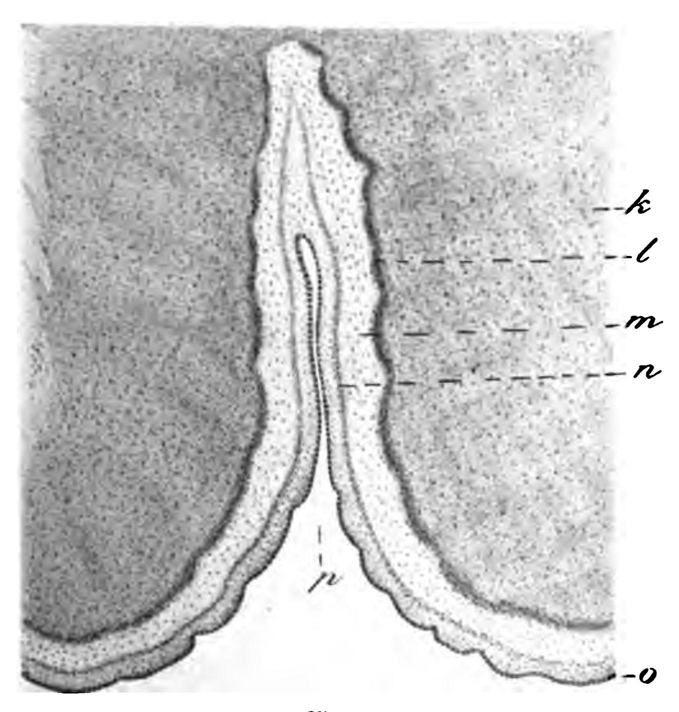


Fig. 10.

Fall XI. *k* Stratum musculare longitudinale. *l* Stratum musculare circulare subserosæ. *m* Serosa *n* Subserosa. *o* Cubisches Epithel. *p* Stelle, in Fig. 6 ebenfalls mit «*p*» bezeichnet und dieser entsprechend. Leitz, Obj. 3 Oc. 3.

folgende Frage zu beantworten gesucht: *Kann eventuell durch künstlichen Ersatz der Ovarien eine Atrophie des Uterus hintangehalten werden?*

Das Resultat der daraufhin unternommenen Serienuntersuchung (sechs gleichaltrige Kaninchen) war das, dass trotz subcutaner Ovarinverabreichung (Kuhovarium), Atrophie des Uterus eintrat.

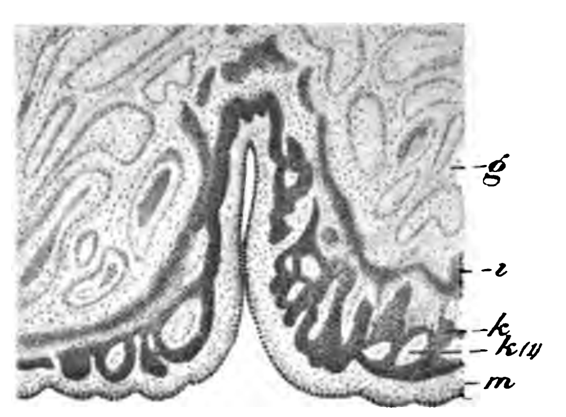


Fig. 11.

Fall X. *g* Stratum vasculare. *i* Stratum musculare circulare externum, atrophirt und durch zwischengelagertes Bindegewebe zerklüftet. *k* Stratum musculare longitudinale mit zahlreichen Bindegewebsinseln (Stratum musculare circulare subserosæ fehlt). *k*(1) Bindegewebsinsel. *m* Atrophirte Serosa; Subserosa fehlt. *o* Cubisches Epithel. Leitz, Obj. 3 Oc. 3.

Ausser dieser Serienuntersuchung wurden noch sieben weitere Castrationsexperimente an Kaninchen angestellt; in allen Fällen fand man atrophische Prozesse. (Siehe Fig. 12, 13, 14, 15.)

c) *Experimentelle Untersuchungen an Hunden:* Die diesbezüglichen Untersuchungen wurden auf vier Fälle ausgedehnt; das Material ist zu klein, um sich mit Sokoloff (der sich einlässlich mit der Castrationsatrophie des Hundeuterus befasst) ernstlich in Details einzulassen; diesem Autor gegenüber wird auf den Einfluss hingewiesen, den die Castration auf das Deckepithel ausübt. Dass sich an den Gefässen der Gefässschicht mit der Zeit atrophische Prozesse geltend machen, scheint (Sokoloff) ausser allem Zweifel.

Siehe: Verhandlungen des internationalen Gynækologen-Congresses in Amsterdam, pag. 132.

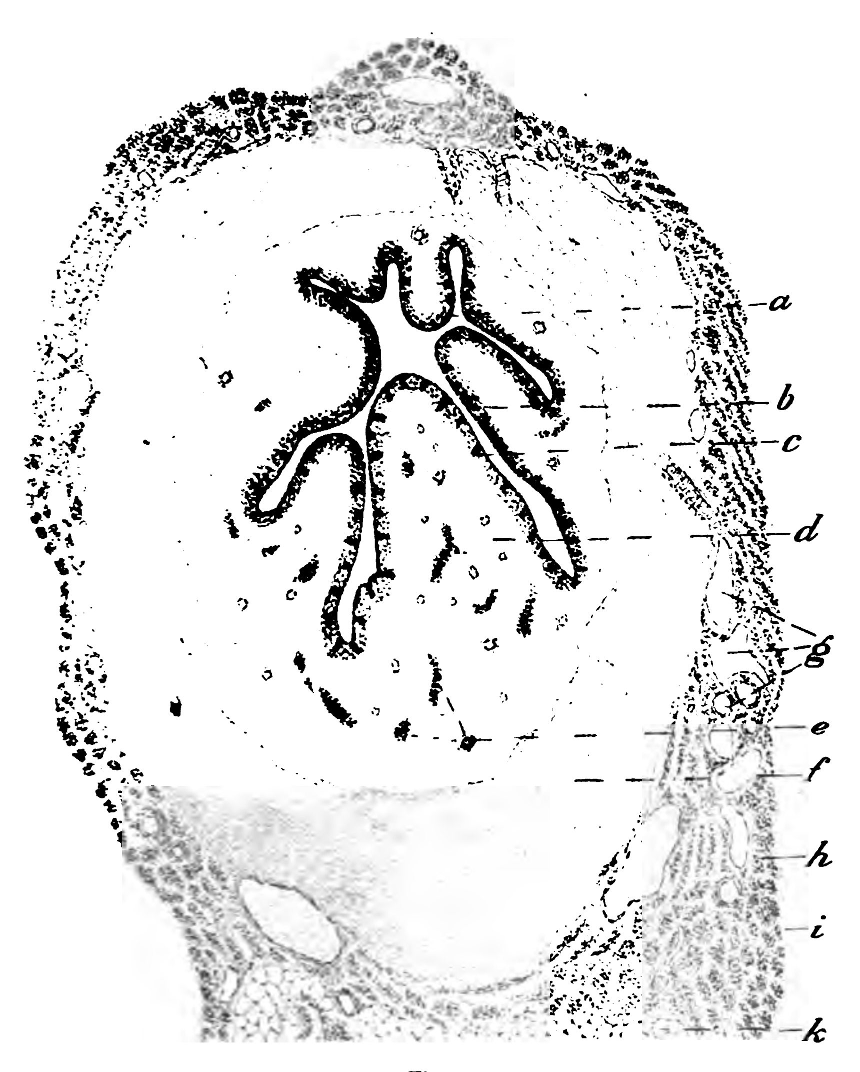


Fig. 12.

Fig. 10. Querschnitt durch ein Kaninchenuterushorn. — *a* Cubisch-cylindrisches Epithel. *b* Cytogene Schicht. *c* Utriculardrüse. *d* Stratum mucosum. *e* Gefässe des Stratum mucosum. *f* Stratum musculare circulare. *g* Stratum vasculare. *h* Stratum musculare longitudinale. *i* Niedrige Serosa. *k* Lig. latum-Ansatz.

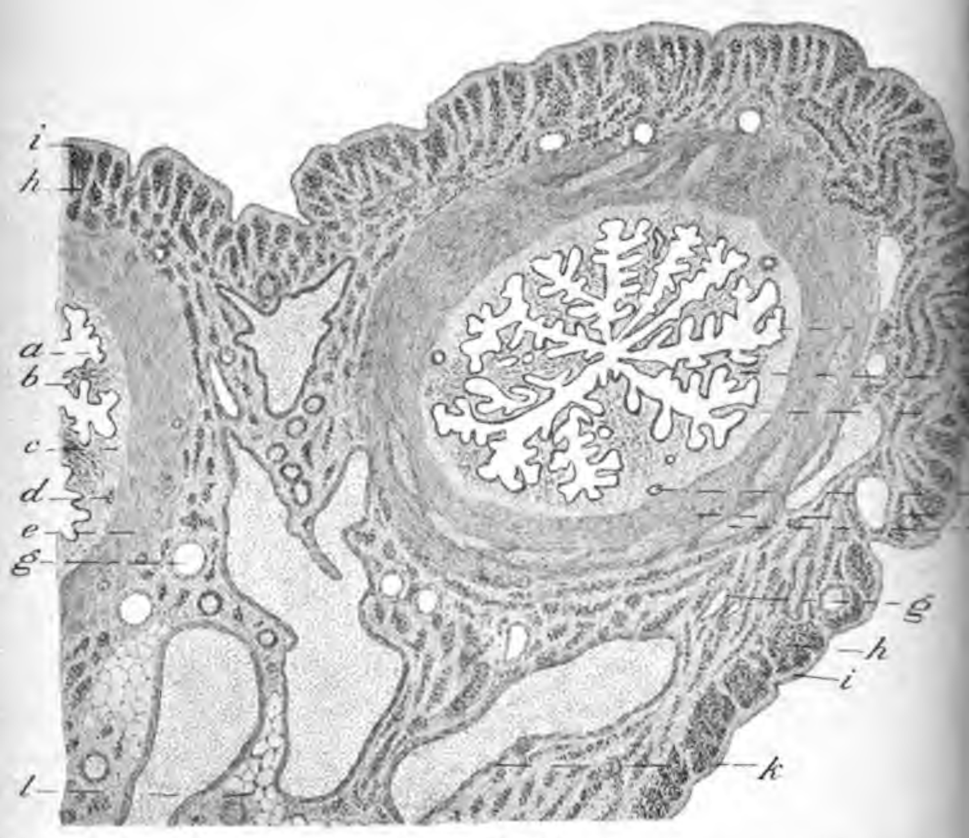


Fig. 13.

Fall 0. Querschnitt einer der Stellen, wo die beiden Uterushörner zusammen verlaufen. *a* Cylinderepithel. *b* Baum
zweigte Bindegewebspapillen. *c* Stratum mucosum. *d* Gefäss des Stratum mucosum. *e* Stratum musculare circular
gewebsinsel im Stratum musculare circulare. *g* Stratum vasculare. *h* Stratum musculare longitudinale. *i* Niesl
k Grosse venöse Gefässe in der Zwischenwand der beiden Uterushöhlen. *l* Lig. latum-Ansatz.

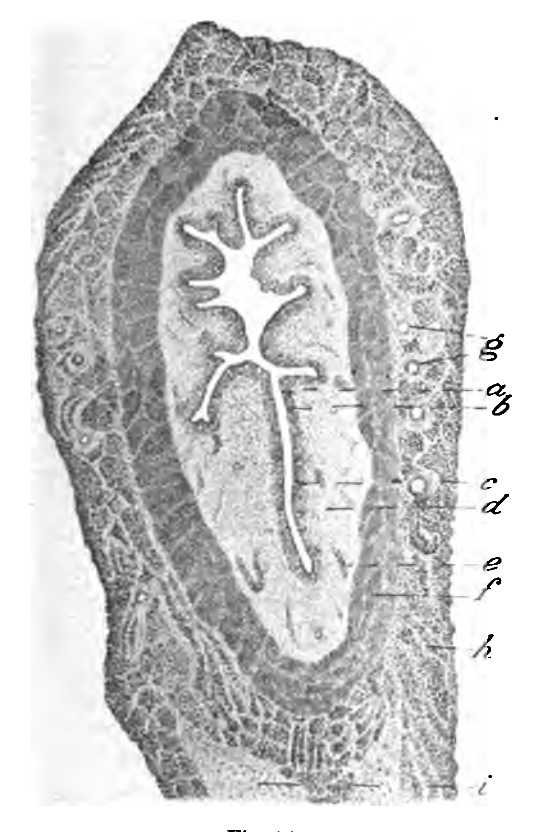


Fig. 14.

Fall 1. Querschnitt durch ein Kaninchenuterushorn (nach Castration). — *a* Cubisch-cylindrisches **Epithel.** *b* **Cytogene** Schicht. *c* Utericulardrüse (nicht sehr deutlich ausgesprochen). *d* Stratum mucosum. *e* Gefässe des Stratum mucosum. *f* Stratum musculare circulare. *g* Stratum vasculare. *h* Stratum musculare longitudinale. *i* Lig. latum-Ansatz.

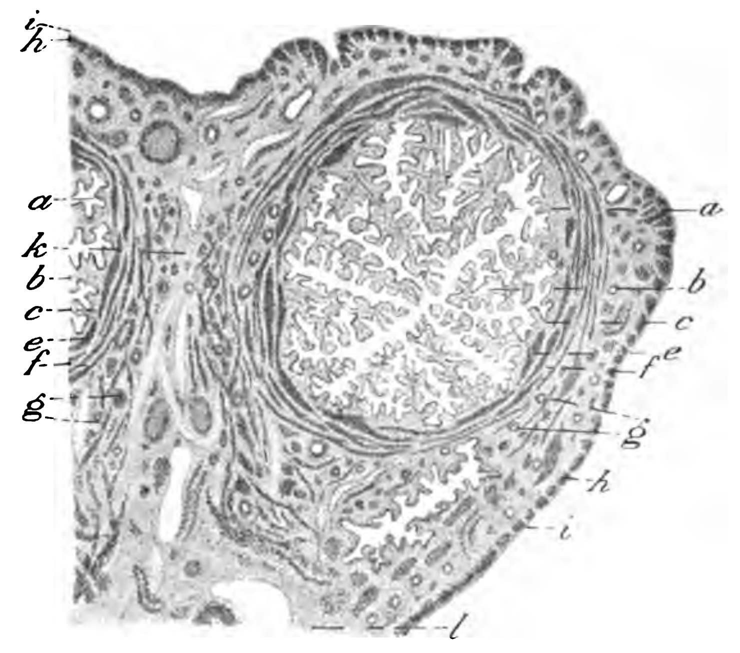


Fig. 15.

Fall 1. Querschnitt einer der Stellen, wo die beiden Uterushörner zusammen verlaufen (nach Castration). — *a* Cylindrisches Epithel. *b* Baumartig verzweigte Bindegewebspapillen. *c* Stratum mucosum. *e* Stratum musculare circulare. *f* Bindegewebsinsel im Stratum musculare circulare. *g* Stratum vasculare. *h* Stratum musculare longitudinale. *i* Niedrige Serosa. *k* Zwischenwand der beiden Uterushöhlen mit Bindegewebe, Muskelbündeln und engen, theilweise obliterirten Arterien. *l* Lig. latum-Ansatz.

Dr. A. Kalt, Aarau:

Ein Beitrag zur puerperalen Infektion. (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 19, 1900, pag. 593.)

K. teilt aus der aargauischen Gebäranstalt einen Fall mit, der fiebernd (38,6. 80) aufgenommen wurde. Geburt spontan. Beständiges Fieber mit Schüttelfrost. Patientin verlässt die Krankenanstalt sieben Wochen nach der Geburt, um 14 Tage später mit letal endigender Meningitis tuberculosa wieder zurückzukehren. Erst die Obduktion schuf einige Klarheit in den Connex der Erscheinungen die *intra vitam* bestanden hatten.

Das Punctum saliens war eine Tuberkulose der linken Tube, von welcher, der mit der Bauchwandung bestandenen Adhærenzen wegen, anzunehmen ist, dass sie abscedierend in der letzten Zeit der Schwangerschaft nach aussen perforierte (Patientin gab an, dass sich nach einem Fall zwischen Nabel und Symphyse rasch ein Geschwulst entwickelt habe) und keine weitere Narbe hinterliess. Ob sich dann bei diesem Anlasse in der Haut septische Keime einnisteten, die in das benachbarte Genitale eindrangen, und eine vorübergehende puerperale, septische Infektion mit einigen Schüttelfrösten erzeugten, wäre ja möglich; immerhin fand man im Lochialsekret keine septischen Keime. Der Tubeneiter selbst war frei von Gonococcen, Strepto- und Staphylococcen. War nun die Tuberkulose der Tube primär oder sekundär? War die (bestehende) Peritonealtuberkulose oder die (bestehende) Lungentuberkulose primär? Die Narben in den Lungenspitzen sprachen für früher bestandene Lungentuberkulose.

K. führt zur Aufklärung dieser Fragen Hegar's Ausführungen in der Deutschen medizinischen Wochenschrift (Nr. 45, 1897) an.

Dr R. Kœnig, Bern:

Appendicitis und Geburtshilfe. Aus der Frauenklinik der Universität Bern. (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Dritter Band. Erstes Heft, pag. 33.)

Das Interesse, welches der Chirurg seit mehreren Jahren in steigender Intensität dem Wurmfortsatz entgegenbringt, hat sich auch des Gynækologen bemächtigt. Der unter anderen von Sänger aufgestellte Grundsatz, in jedem Fall von «gynækologischer» Laparotomie den Wurmfortsatz aufzusuchen, wird wohl gegenwärtig von jedem Gynækologen befolgt. Auch die Geburtshilfe beginnt sich mit diesem Gegenstand intensiver zu beschäftigen. Munde, Hlawacek, E. Frænkel, Marx und Pinard haben eingehend die Beziehungen der Perityphlitis zur Geburtshilfe besprochen. Es werden vier neue Fälle eingehend mitgeteilt, sowie zwei von P. Müller, in «Die Krankheiten des weiblichen Körpers, pag. 110,» bereits publizierte Fälle noch einmal kurz erwähnt.

Die Mitteilungen über Complikationen von Schwangerschaft oder Wochenbett mit Apendicitis haben sich in letzter Zeit rasch vermehrt. Die Zahl derselben beträgt jetzt (September 1899), nahezu 100.

Man wird nicht fehl gehen, wenn man annimmt, dass manche leichte Perityphlitis in der Gravidität übersehen, manche schwere dagegen, namentlich im Puerperium, falsch gedeutet worden ist (z. B. als Puerperalfieber). Die habituelle Verstopfung der Schwangeren giebt keine Prädisposition für Perityphlitis ab; dagegen kann eine ganz ausserordentlich hohe Grade erreichende Obstipation eine bereits bestehende Appendicitis nicht ungünstig beeinflussen. Die bis jetzt beobachteten Appendicitiden während der Schwangerschaft waren vorwiegend schwerer Natur. PINARD findet z. B. in 45 Fällen eine Mortalität von 27 %; 33 % für die Operierten, 13 % für die Nichtoperierten. Der Einfluss der Perityphlitis auf die Fortdauer der Gravidität lässt sich noch nicht genügend beurteilen; es wäre immerhin möglich, dass einmal besonders feste Adhæsionen der Genitalien mit dem Darm trotz der bedeutenden Auflockerung, welche sie jedenfalls mit dem ganzen Beckenbindegewebe erleiden, der Ausdehnung des Uterus ein Hindernis darbieten könnten. FRÆNKEL führt allerdings einzelne Fälle auf, in welchen die Schwangerschaft ungestört fortdauerte. Wahrscheinlich sind solche leichtere oder wenigstens ohne Operation durchkommende Appendicitiden viel häufiger, als es nach den Litteraturangaben den Anschein hat. Ein hiehergehöriger Fall aus der Berner-Klinik wird kurz mitgeteilt. Ausser FRÆNKEL sehen die meisten Autoren, so auch PINARD, Abort, resp. Frühgeburt für vorwiegend häufig an; auch für die ausgetragenen Früchte ist die Prognose schlecht: nach JARCA beträgt die Mortalität derselben 51,7 %; entweder werden sie tot geboren, oder gehen nach einigen Tagen an septischen Erscheinungen zu Grunde. Die Empfänglichkeit der puerperalen Genitalien, event. auch des graviden Uterus, resp. der Placenta, für eine Continuitäts- oder metastatische Infektion scheint gerade für die Beurteilung der Gefährlichkeit einer Perityphlitis in Graviditate von hoher Bedeutung.

Der Geburtsakt kann bei bestehender Erkrankung des Wurmfortsatzes geradezu verhängnisvoll werden; namentlich wenn der Uterus oder seine Adnexe direkt an einen Abscess grenzen, ist die Ruptur desselben bei einigermassen vorgeschrittener Schwangerschaft fast unvermeidlich (HLAWACEK, FRÆNKEL und JARCA).

In letzter Zeit beginnt man in der Behandlung der Perityphlitis immer mehr radikale Bahnen einzuschlagen. In Frankreich hat eine längere Diskussion in der Société de chirurgie eine fast völlige Uebereinstimmung darin ergeben, bei jeder konstatierten Erkrankung des Wurmfortsatzes sofort zu laparotomieren. Auf demselben Standpunkt stehen die meisten

amerikanischen Operateure. Die Mehrzahl der Chirurgen in England, Deutschland und der Schweiz geht nicht so weit und befürwortet immer noch womöglich die Opération à froid. Der Geburtshelfer hat nach den bisherigen Erfahrungen allen Grund, einer möglichst radikalen Anschauung hinzuneigen. Die von gewissen Autoren empfohlene künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei bestehender Appendicitis scheint nicht nur nicht angezeigt, sondern höchst gefährlich.

Dr. Albert Kocher, Bern :

Eine Methode früher Radikaloperation bei Perityphlitis. Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Kocher in Bern. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 8, 1900, pag. 225.)

Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für das chirurgische Eingreifen ist immer noch nicht gelöst. Roux, Sonnenburg etc., die die prinzipielle frühe Radikalheilung versucht, sind von ihr zurückgekommen und beschränken sie nur noch auf desperate Fälle. Immerhin haben die ganz frühen Operationen den Beweis geliefert, dass, bei akutem Anfall, sie viel weniger gefährlich sind, als später. Der Amerikaner Bernays war der Erste, der diese Thatsache durch eine grössere Statistik sichergestellt hat und dessen Resultate resp. Heilungen diejenigen anderer Operateure weit übertrafen. Es ist deshalb zu begreifen, dass auch Riedel sich neuerdings für die Frühoperation ausgesprochen hat. Sonnenburg tritt Riedel in einer Arbeit « Ueber die Behandlung der umschriebenen Abscesse der Peritonealhöhle » entgegen; er ist kein prinzipieller Gegner der sofortigen Operation bei Perityphlitis, ebensowenig wie Roux und Kocher selbst; er wendet sich hauptsächlich gegen die Art und Weise die Riedel für die Frühoperation vorschlägt. Die Publikationen von Riedel und Sonnenburg veranlassen *A. Kocher* auf eine Methode aufmerksam zu machen, die sein Vater, *Prof. Kocher,* seit dem Jahre 1896 bei akuten eitrigen Appendiciten zur Erzielung einer möglichst raschen Heilung mit sehr gutem Erfolg angewendet hat.

Eröffnung des Abscesses vollständig innerhalb der begrenzenden Adhæsionen und möglichst weit gegen das Poupart'sche Band zu, auch in der Medianlinie etc., nach Umständen: dann aber Entfernung

des processus vermiformis durch eine neue Incision in loco electionis schon am nächsten oder zweitfolgenden Tage. Nach der Eröffnung des Abscesses durch eine kleine Incision wird das Exsudat entleert und die Höhle sorgfältig aber gründlich ausgespült und eventuell mit Lysollösung desinfiziert. Die Radikaloperation aber wird wie eine Résection à froid gleichsam nebenan durch die Peritonealhöhle gemacht. Die entleerte und desinfizierte Abscesshöhle wird unmittelbar vor der Radikaloperation mit Jodoformgaze austamponiert und über letztere die Abscessincisionsöffnung provisorisch vernäht. Die Nahtlinie wird mit Jodtinktur bepinselt und mit sterilem Tuch bedeckt. Die provisorische Naht der Abscessincisionswunde wird nach Schluss der in's Peritoneum angelegten Wunde und Bedeckung derselben mit einem Jodoformgazecollodialstreifen wieder aufgemacht und *per secundum* zur Heilung gebracht. vier detailliert mitgeteilte Krankengeschichten erbringen den Beweis, dass es möglich ist, einerseits mit *Sonnenburg* den perityphlitischen Abscess ganz innerhalb der begrenzenden Adhæsionen zu eröffnen und dennoch mit *Riedel* die frühe aseptische Radikaloperation gleichsam nebenan zu machen und so sichere und bleibende Heilung zu bewirken.

Prof. J. Kollmann, Basel:

Ueber die Entwicklung der Placenta bei den Makaken*.
Anatomischer Anzeiger, XVII. Band, Nr. 24 et 25, 1900.
(Verlag Gustav Fischer in Jena, 1900.)

Manche Vorgänge der Entwicklung der Placenta sind bei den Makaken (Schmalnasen-Catarrhini) durchsichtiger als bei den Menschen oder bei jenen Säugetieren, die wir sonst mit Erfolg zur Untersuchung heranziehen. Vor allem sind lehrreich Bau und Beschaffenheit der Zotten und ihre Beziehungen zu der Decidua basalis. *Kollmann* hat zwei Uteri von schwangeren Makakinen untersucht. 6 sehr einfache, aber ebenso deutliche als instruktive Abbildungen erläutern den Text.

Bei den Makaken und dem Menschen findet sich darnach folgendes Verhalten bei der Entwicklung der Placenta:

* Affengattung aus der Familie der Schmalnasen-Catarrhini. (Ref.)

« *Auf dem mesodermalen Zottenkegel (bindegewebige Stützsubstanz der Zotte, Ref.) findet sich ein doppelter Epithelmantel, der aus* LANGHANS'*schen Zellen (tiefe Lage) und einer Deckschicht (obere Lage) besteht.*

Beide Schichten entstammen dem primären Ektoderm der Keimblase.

Deciduazellen und Uterindrüsen liefern keine Elemente zu diesen beiden Schichten.

Weder bei den Makaken noch bei dem Menschen gibt es auf den Chorionzotten eine Endothelmembran.

Die intervillösen Räume sind in der frühesten Zeit ein Teil des Uterusraumes. Sie enthalten bis zur 6 Woche normaler Weise noch kein Blut.

Die intervillösen Räume sind, in Uebereinstimmung mit der alten Lehre, extravasculär. Das Blut der Mutter umspült unmittelbar die Zotten des Embryo. »

Es werden 25 in Betracht kommende Publikationen angeführt. Dagegen sind ausführliche Litteraturangaben und Berichte über die zahlreichen Meinungsverschiedenheiten in der Deutung des Epithelmantels der Chorionzotten in den Arbeiten von *Waldeyer, Merttens* und *Peters* nachzusehen.

Dr. O. KREIS, Basel:

Ueber Medullarnarkose bei Gebærenden. (Centralblatt für Gynækologie, Nr. 28, 1900, pag. 724.)

Die kleine Arbeit stammt aus der *Bumm*'schen Frauenklinik in Basel. An 6 Gebärenden wurde die von *Bier* angegebene Cocainisirung des Rückenmarkes vorgenommen. Es trat eine vollkommene Analgesie der untern Körpertheile bis zum Rippenbogen ein. Die Motilität des kreissenden Uterus war kaum gestört. Die Wehen erfolgten in derselben Frequenz und, soweit sich dies durch die Betastung erkennen liess, auch mit fast derselben Intensität, wie vor der Cocainisirung. Die Schmerzempfindung war völlig aufgehoben. Die reflektorische Aktion der Bauchpresse blieb aus. Störungen im motorischen Verhalten des Uterus während der Nachgeburtsperiode wurden nicht beobachtet.

Die Cocainisirung passt nicht in den Fällen, wo auf eine kräftige Mitwirkung der Bauchpresse gerechnet werden muss.

Ernste Complikationen wurden keine beobachtet, wohl aber trat Erbrechen und Kopfweh ein.

Vielleicht ist das Verfahren berufen, in einfachen Fällen der Zangenextraktion und Wendung, an die Stelle der Chloroformnarkose zu treten, deren Durchführung ohne Assistenz in der Praxis immer mit gewissen Schwierigkeiten und bei Herz- und Lungenkrankheiten mit Gefahren verbunden ist.

Anmerkung des Ref.: Dr. Dumont, Bern, hat im « Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte », Nr. 19, 1900, pag. 585 eine weitere einschlägige Arbeit: « *Zur Cocainisirung des Rückenmarkes* » veröffentlicht. Soweit die Geburtshülfe dabei in Betracht kommt, äussert sich Dumont folgendermassen:

« Endlich hat auch die Geburtshülfe dieser neuen Methode sich bemächtigt, und hat Kreis aus der Klinik von Bumm in Basel einige Fälle publiziert. Hier müssen wir gestehen, dass uns dieses Verfahren unverständlich erscheint. Tuffier's Schüler, Cadol, hatte in Paris um die Erlaubnis nachgesucht, in den dortigen Frauenspitälern die Methode anwenden zu dürfen. Sie wurde ihm, unseres Erachtens mit Recht, nicht erteilt. Warum? Weil es keinen Menschen gibt, der für die allgemeine Narkose so günstig gestellt ist, wie die Kreissende, welche bekanntlich das Anæstheticum nicht nur durch die Lunge, sondern auch durch die Placenta wieder ausscheidet. Daher kommen Unglücksfälle bei der Narkose der Kreissenden fast nie vor. Wenn irgendwo, so scheint uns gerade in der Geburtshülfe diese Cocainisirung des Rückenmarkes noch verfrüht! »

Dr. Vuillet, Lausanne (Terapeutische Monatshefte, Heft 12, 1900), prüfte die subarachnoidale Cocaininjektion auf dem Gebiete der Chirurgie; nach diesem Autor ist die Bier'sche Methode indiziert, in allen Fällen, in denen die Localanæsthesie contraindiziert ist und wo man den Kranken nicht einschläfern will aus Furcht vor Complikationen von Seiten der Athmungsorgane (Alkoholiker) oder — was noch häufiger vorkommt — weil der Patient eine unüberwindliche Scheu vor der Narkose bekundet.

Dr. H. MAILLART, Genf*:

Ueber den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose.

De l'influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 4, 1900, pag. 182.)

Wie es Krankheiten gibt, die durch eine Schwangerschaft ungünstig beeinflusst werden, ebenso gibt es auch solche, die durch eine Gravidität gebessert oder geheilt werden. Während die erste Gruppe eingehend studiert worden ist, ist die zweite wenig gewürdigt worden. M. hat hauptsächlich den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose einer eingehenden Betrachtung unterzogen, woraus folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Die Schwangerschaft, die bei Frauen mit Ptosen behaftet, eintritt, vermindert den Druck, herrührend von der Schwere der einzelnen Organe, vermehrt dagegen den intraabdominalen Druck, sobald der Uterus ein gewisses Volumen erreicht hat.

2. Die Schwangerschaft führt bei bestehender Ptose eine Besserung der digestiven Funktionen, sowie des allgemein neurasthenischen Zustandes herbei; Besserung, die sich durch eine Gewichtszunahme von $2 \frac{1}{2}$ bis 6 Kilo kundgibt. (Beginn der Conception bis Ende des Wochenbettes.)

3. Dank der ärztlichen Weisungen (Glénard'sche Binde) kann diese Besserung, die oft gleichsam eine Heilung ist, eine definitive werden und weitere Fortschritte nach der Geburt machen, was sich in einer Zunahme des Körpergewichtes von mehreren Kilos kund gibt.

4. Selbst in denjenigen Fällen, in welchen durch irgendwelche deletäre Einflüsse (Albuminurie, Nachlässigkeit in der Befolgung der gegebenen ärztlichen Vorschriften) die Besserung ausbleibt oder keine definitive wird, hat die Schwangerschaft keinen ungünstigen Einfluss auf die Ptose, selbst nicht bei konstitutioneller Neurasthenie; nur schnell aufeinander folgende Graviditäten oder zu gleicher Zeit einwirkende schädigende Einflüsse können eine Verschlimmerung des früheren Zustandes herbeiführen.

* *Bemerkung:* Nach einem in der « *Medizinischen Gesellschaft der Stadt Genf* » gehaltenen Vortrage; siehe auch die Dissertation von Dimitre NAZLAMOFF, Grossesse et Entéroptose, sowie MAILLART's Publikation im « Centralblatt für Gynækologie », Nr. 50, 1900, pag. 1342.



Dr. H. MEYER, Zürich:

Die künstliche Erweiterung des Muttermundes unter der Geburt (Metreuryse).

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 16, 1900, pag. 489.)

Verfasser wendet sich entschieden gegen die Wilh. GESSNER'sche Theorie der Eklampsie (Zerrung der Ureteren an zufällig zu fest in ihr Fettpolster eingebetteten Nieren) und die nach ihm bei Eklampsie einzuschlagende Therapie. (Bei nur für einen Finger eröffnetem Muttermund, soll der vorliegende Kopf perforirt und mit dem Cranioclasten langsam extrahirt werden). 22 Jahre nach Erfindung des BRAUN'schen Colpeurynters verkündete SCHAUTA in Wien, dass der Erfolg mit diesem Instrument noch sicherer sei, wenn man es in die Uterushöhle hineinschiebe. 1887 empfahl dann MÄURER in Coblenz am Schlauche des Colpeurynter durch Anhängen von Gewichten einen dauernden Zug auszuüben. — Es wird den praktischen Aerzten an's Herz gelegt, sich häufiger des Colpeurynters zu bedienen und ihn gut desinfizirt mit einer Kornzange unter Leitung eines oder zweier Finger über den inneren Muttermund hinaufzuführen. Enge des Muttermundes und Tiefstand des vorliegenden Kopfes vermögen die Einführung des Colpeurynters etwas zu erschweren. Im erstern Falle fasst man die vordere Muttermundslippe mit einer Kugelzange und zieht sie leicht an. M. hat die Kornzange, deren Branchen sich werfen, durch einen 30 cm. langen und 7 mm. dicken Eisenstab ersetzt; das eine Ende desselben ist rauh gemacht; mit diesem spiesst man den zusammengefalteten Colpeurynter etwas unterhalb seinem obern Ende auf und stösst ihn durch den Cervikalkanal hindurch.

Der Tiefstand des vorliegenden Teiles kann das Einlegen des Colpeurynter wirklich etwas erschweren; unmöglich macht er es nur bei Gebärmutterkrampf oder starker Dehnung des unteren Uterinsegmentes. — Die Fixirung des Kopfes im Becken ist eine nur scheinbare. Für den Colpeurynter kann man übrigens bei tief stehendem Kopf auch in der entgegengesetzten Richtung, d. h. nach unten zu Platz schaffen. Man setzt in die vordere und hintere Muttermundslippe je eine Kugelzange

und vermag durch leichtes Anziehen derselben den noch vorhandenen Cervikalkanal und das untere Uterinsegment so weit zu dehnen, dass der Ballon gut Platz findet. *Auch diese Schwierigkeit ist demnach in fast allen Fällen leicht zu überwinden.*

Es wird des weitern des CHAMPETIER'schen Colpeurynters gedacht. Verf. kommt dann zu folgenden Schlussfolgerungen:

« *Auf alle Fälle ist der Colpeurynter, welcher Art er sei, ein unschätzbares Hülfsmittel 1. zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und 2. wo es gilt im Interesse der Mutter und gewiss auch sehr häufig des Kindes die Eröffnung des Muttermundes auf ungefährliche Weise zu beschleunigen und kräftige Wehen anzuregen. Dieser Umstand, sowie die Leichtigkeit seiner Handhabung unter Anwendung nur derjenigen Vorsicht, welche man vom Arzte allstündlich in seinen Handlungen verlangen darf, machen den Colpeurynter zu einem Instrument, welches die weiteste Verbreitung verdient und in keinem geburtshülflichen Bestecke fehlen sollte.* »

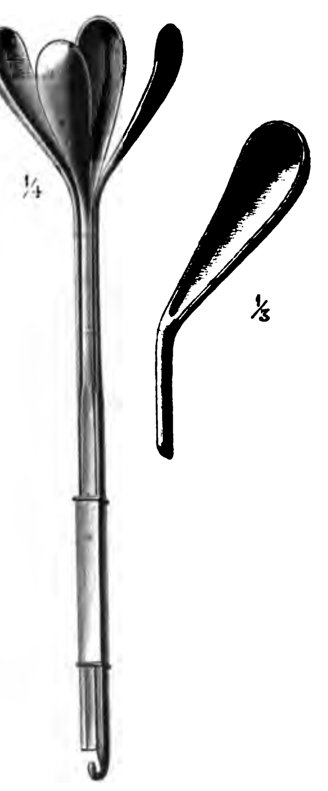


Fig. 16.

An Versuchen, die Mängel des Colpeurynters (Metreurynter) zu beseitigen (Verdrängung des vorliegenden Kindsteils aus dem unteren Uterinsegment und dem Becken, vorzeitige Ablösung der Placenta), hat es nicht gefehlt. Als Resultat davon ist in den Händen der Zürcher Collegen ein ganz neues Hülfsmittel zur Erweiterung des Muttermundes entstanden, das wegen seiner Form «Tulpe» benannte Instrument von SCHWARZENBACH*. Das Instrument (s. Fig. 16) ist ohne weiteres verständlich; der Hauptvorwurf, den man demselben machen kann, ist die Schwierigkeit seiner Handhabung. Liegt das Instrument einmal richtig, so kann man

* Dr. SCHWARZENBACH: Ein Metallinstrument als Ersatz für den Ballon bei der Cervixdilatation. Aus der Universitätsfrauenklinik in Zürich. (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. X, 1899.)

sich zuversichtlich auf seine prompte Wirkung verlassen. Die Tulpe beansprucht im Uterus wenig Raum; sie umgreift den Kopf des Kindes und verdrängt ihn nicht aus dem untern Uterinsegment und Becken. *Darin liegt wohl ihr Hauptvorzug.* Sie bringt auch weder den Weichteilen der Mutter noch dem kindlichen Kopfe Schaden. Dies aber nur so lange die räumlichen Beckenverhältnisse normale sind.

Wenn auch die « Tulpe » von Schwarzenbach noch auf unbestimmte Zeit ein Instrument der Gebäranstalten und weniger Geburtshelfer bleiben wird, ist der Colpeurynter so einfach und ungefährlich zu handhaben, dass er von jedem praktischen Arzte in Gebrauch gezogen werden sollte.

Anmerkung des Ref.: Zum besseren Verständnis der Applikation der « Tulpe » ist es wünschenswert, kurz auf die Beschreibung Schwarzenbach's zurückzukommen

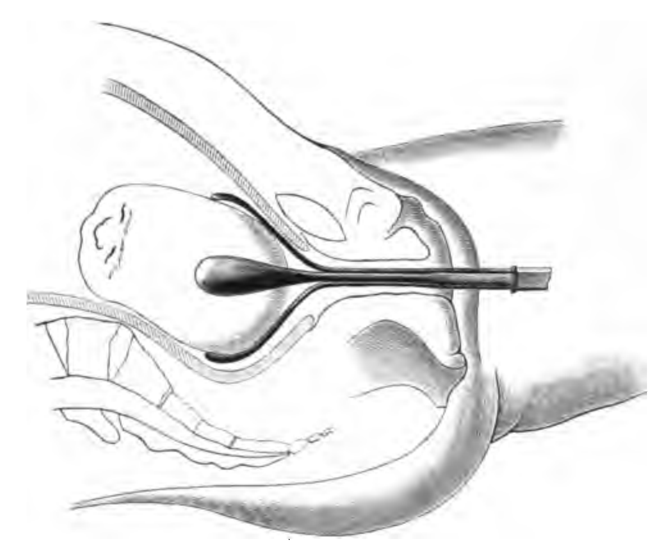


Fig. 17.

(Loc. cit.). Dr. Schwarzenbach gibt an Hand einer Abbildung (Fig. 17) folgendes Verfahren an: « Eine Hauptbedingung für leichte Applikation sowohl, als gute Wirkung dieses Instrumentes (Tulpe) besteht darin, dass man unter das Kreuzbein der Patientin ein dickes Polster schiebt und den Oberkörper annähernd horizontal lagert, um die Beckeneingangsebene möglichst senkrecht zu der (horizontalen) Zugrichtung zu stellen. Die Anwendung des Instrumentes geschieht dann in folgender Weise: Man sorgt für Entleerung der Harnblase und geht, ähnlich wie bei der Zange, mit zwei Fingern einer Hand (gleichgültig mit welcher angefangen wird) in die Vagina

ein, an den Rand des Muttermundes. Mit der andern Hand fasst man das Blatt 1 am Stiel und schiebt den Löffel unter Führung der in der Vagina befindlichen Fingern durch den Muttermund in den Uterus ein, natürlich ohne Gewalt; ganz wie beim Forceps. Es steht dem Operateur frei, in welchen Beckenquadranten er das erste Blatt legen will, am bequemsten ist es, zunächst einen der hintern zu wählen. Wenn die Cervix für einen Finger bequem durchgängig ist, so bietet sie auch der Tulpe keinen nennenswerten Widerstand dar. Hat man Schwierigkeit, so setzt man eine Kugelzange ein. Wie beim Forceps hält nun die Hebamme den Stiel des eingeführten Blattes und der Arzt wechselt die Hände um das Blatt 2 dem ersten gegenüber einzuführen. Nachdem mit beiden Händen die Stiele an einander gepasst worden sind, werden dieselben der Hebamme übergeben. Eines der übrigen Blätter wird nun hinten und zwischen den beiden schon liegenden eingeschoben und sein Stiel an die andern angepasst der Hebamme übergeben. Das letzte, nach vorn zu legende Blatt macht am ehesten einige Schwierigkeit, weil nun der Muttermund bereits zum Teil ausgefüllt ist. Man muss daher unter Mithülfe der in der Vagina liegenden Finger die Spitze des Blattes, wie eine Sonde tastend und unter fester Anlehnung an die bereits liegenden Blätter vorschieben. Ist der Muttermund etwas eng, so genügt ein leichter constanter Druck mit dem einzuführenden Blatte, um ihn in kurzer Zeit ausreichend zu erweitern. Die Manipulation ist unter Fingerkontrolle ungefährlich, weil ja die Löffelspitze einwärts, d. h. gegen die bereits liegenden Löffel zugekrümmt ist. Da beim weitern vorschieben dieses Blattes an dem vorliegenden Teile vorbei der Stiel stark gesenkt werden muss, sind nun die andern Stiele etwas hinderlich; sie werden daher ebenfalls etwas gesenkt oder seitwärts geschoben, bis das 4. Blatt sitzt und sein Stiel an die anderen angepasst werden kann. Nun schiebt man die Hülse über die 4 Stiele und macht, wie beim Forceps, einen Probezug, um sich zu überzeugen, ob die Tulpe gut liegt. An den Haken am Ende des Instrumentes knüpft man eine Schnur mit einem angehängten Gewichte von 1—2 Kilogr., etc. »

Dr G. v. Mutach, Bern:

Ein selbsthaltendes Speculum zum Currettement und zur Tamponade des Uterus.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 13, 1900, pag. 402.)

Das Instrument setzt sich zusammen aus einem modifizierten zweiblätterigen Collin'schen Speculum mit Handgriff, einem Gazebehälter nach Beuttner und einer besonders konstruierten Kugelzange. (Vide Fig. 18 und 19.)

Will man ein Curettement oder eine Tamponade des Uterus vornehmen, so wird zuerst mittelst einer gewöhnlichen, langen Kugelzange die Portio ganz rechts an der vordern Lippe gefasst und etwas heruntergezogen, dann das Speculum, indem die Kugelzange zwischen beide Blätter gelegt wird, eingeführt. Durch drehen der Schraube wird dasselbe soviel geöffnet, als es die Weite der Genitalien gestattet, und dann durch leichten

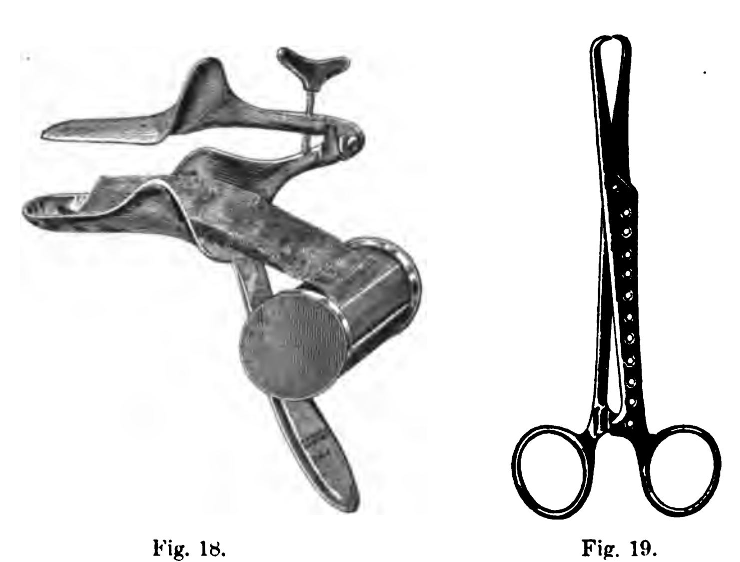


Fig. 18. Fig. 19.

Druck möglichst tief eingeschoben, während gleichzeitig durch Zug an der Kugelzange die Portio nach vorne gebracht wird. Sie ist so deutlich sichtbar und wird nun mittelst der zweiten, kurzen Kugelzange ganz links an der hintern Lippe gefasst, nochmals stark vorgezogen und nach Anhängen dieser Zange am Häkchen des Schlosses vorne fixiert. Die rechts angelegte, gewöhnliche Kugelzange kann jetzt abgenommen werden: man wird sie aber mit Vorteil zur Dilatation des Cervicalkanals mittelst Hegar'schen Stiften als zweiten Haltepunkt an der Portio hängen lassen, oder bei weitem Muttermund, um diesen zur Einführung der Gaze durch einen Zug rechts zum klaffen zu bringen. Speculum und Portio halten sich gegenseitig in ihrer Lage vollkommen fest; der Arzt hat beide Hände frei und kann, da der äussere Muttermund immer sichtbar bleibt, das Curettement, oder, mit Hülfe des Gazebehälters, die Tamponade ohne die geringsten Schwierigkeiten allein vollkommen aseptisch durchführen.

Das Instrument wird von der Firma Knöbel & Laubscher in Basel hergestellt.

Prof. O. Rapin und Dr A. Barraud, Lausanne:

Ueber zielbewusstes Einbringen von Luft in die schwangere Gebärmutter. — Physométrie artificielle.

(Revue Médicale de la Suisse romande. Nr. 1. Janvier 1900.)

Dr Murisier, à La Sarraz, beobachtete einen äusserst interessanten Fall von « *vagitus uterinus,* » bei welchem man das Kind intrauterin deutlich während mehr als fünf Minuten weinen hörte; während längerer Versuche, einen Fuss zu ergreifen, war Luft mit Geräusch in den Uterus eingedrungen; nach schwieriger Extraktion (Steisslage, Tetanus uteri, Wasserabfluss vor zwölf Stunden) lebendes, sehr grosses Kind, das sofort schreit.

Dieser Fall brachte Rapin auf den Gedanken, künstlich Luft in das Uteruscavum einzubringen, um einer drohenden fötalen Asphyxie zuvorzukommen; das wurde denn auch in drei Fällen ausgeführt, über welche R. am internationalen Gynækologenkongress in Amsterdam berichtete. (Vide Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 1, 1899 und Nr. 11. 1899.) Ein weiterer und vierter Fall publizierte Rapin's Assistent Centurier; es folgen nun zwei weitere Beobachtungen, die von Erfolg gekrönt waren: zwei lebende Kinder.

Fall 1, resp. Fall 5: 32-jährige Mehrgebärende mit Zeichen von Rachitis, Kypho-Skoliose; ziemlich stark ausgesprochene Lumballordose:
Sp.: 23,7 cm., Cr.: 26,5, Tr.: 30, DB.: 17,4, Cd.: 10, Cv.: 8-8,5, T.J.: 11 cm.
Allgemein verengtes, plattes Becken.

Bei der Einpressung des Kopfes, zum Zwecke der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, gelingt es nicht, den Kopf einzupressen. (Methode P. Müller.)

Am 24. November 1899, 11 Uhr 30 Morgens, äussere Wendung wegen Querlage: in den Uterus plaziert man den Treub'schen Ballon; 5 Uhr Abends künstlicher Blasensprung bei vollständig verstrichenem M. m., während der Kopf im Beckeneingang manuell fixiert wird; 10 Uhr Abends scheint der Kopf fixiert. 25. Nov. morgens 6 h., neuerdings Querlage. Kopf links. Rücken hinten. Mittags: Braxton Hicks. Herunterholen des linken

Fusses. Kindliche Herztöne 154, Insufflation von 500 cm.³ durch eine Watteschicht geleiteter sterilisierter Luft, vermittelst einer gut desinfizierten Spritze und einer Urethralsonde Nr. 25, welch' letztere vor dem Fœtus in das Uteruscavum eingeführt wurde. Bei der Perkussion gibt die Uterusgegend tympanitischen Schall.

25. Nov., 2 Uhr 10. Etwas Luft aus dem Uterus entwichen; es werden 150 cm.³ reines Oxygengaz eingebracht. 2 Uhr 30, Knie auf Vulvahöhe. 3 Uhr 20, Schulterblätter erscheinen; der vorgefallene Nabelstrang pulsiert nicht mehr. 3 Uhr 25 ist die Extraktion beendet. Das Kind schreit sofort spontan; im Munde keine Schleimmassen. Kind 43 cm. lang. BT: 7, BP: 8. SOB: 9, OF: 10, OM: 11. 3 Uhr 30, normale Ausstossung der Placenta.

Fall 2: (resp. Fall 6.) 35jährige Primipara; klein, congenitale Hüftgelenkluxation; starke Lumballordose.

Sp. 23. Cr. 29. Tr. 36. DB: 17,7. C. d.: 11, C. v.: 9,2-9,5, Promontorium tief. Plattrachitisches Becken.

15. Dezember, 5 Uhr nachmittags: I. Schädellage. Vag. Port. vollständig verstrichen. Mm. Einfrankenstück gross; seit 24 Stunden schwache Wehen; mittelstarkes Hydramnios; 10 Uhr abends: Dilatation hat wesentliche Fortschritte gemacht; Kopf immer noch beweglich im Beckeneingang. Das Einpressen nach Hofmeier gelingt nicht. Aeussere Wendung auf den Steiss misslingt. Wendung nach Braxton Hicks gelingt ebenfalls nicht. 11 Uhr abends; innere Wendung auf den rechten Fuss in Chloroform-Narkose. Da man wegen der Beckenform eine schwierige Extraktion voraussehen kann, so werden vier Spritzen voll Luft à 130 cm.³ in die Uterushöhle eingebracht; der Uterus wird in seiner oberen Hälfte tympanitisch. Die Kontraktionen werden kräftiger. 16. Dezember. 20 Minuten nach Mitternacht erscheint die Scapulaspitze in der Vulva. Herztöne nachweisbar. Der Kopf wird im Beckeneingang zurückgehalten. Kinn nach links. Handgriff von Mauriceau; mit dem Kind entweicht noch eine grosse Menge Fruchtwasser und eingeblasene Luft. Kind athmet sofort; im Munde (nicht aber im Larynx) etwas Schleim. Manuelle Placentarlösung 12 Uhr 45. Frucht 49 cm. lang. Gewicht 3300 gr. OM: 13,5. BP: 9,8. BT: 8,5. SOB: 10. OF: 11.

Siehe auch den Vortrag auf dem internationalen Gynækologen-Congress in Amsterdam: *Le vagissement intra-utérin (Vagitus uterinus) comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail.* (Comptes rendus 1900, pag. 631.)

Prof. A. Reverdin, Genf:

Ueber Traktionen am fibromatösen Uterus im Verlaufe von totalen abdominalen Hysterectomieen. La traction sur l'utérus fibromateux au cours de l'hystérectomie abdominale totale. (Revue de gynécologie et de chir. abdom. Nr. 2, 1900, pag. 207.)

R. hatte im Jahre 1892 ein grosses Myom von 6 Kilo 400 Gramm Gewicht zu operieren, was ihn auf den Gedanken brachte, einen Suspensions-Apparat herstellen zu lassen, um das Gewicht der Tumormassen gleichsam zu eliminieren.

Fig. 20 illustriert den Apparat; es handelt sich um eine Kette, die über einem eigens konstruierten Rade läuft und die an ihrem einen Ende einen dem Fall entsprechenden Museux hängen hat. Vorteile dieses Instrumentariums:

1. Grosse Erleichterung für die Assistenten;

2. Berührung des Tumors und des Operationsfeldes auf ein Minimum beschränkt, also Herabsetzung der Infektionsgefahr;

3. grosse Beweglichkeit der Tumormassen;

4. Vereinfachung der letzten Etape der Operation, besonders der Hæmostase und der Vaginalnaht; also auch Verminderung der Operationsdauer.

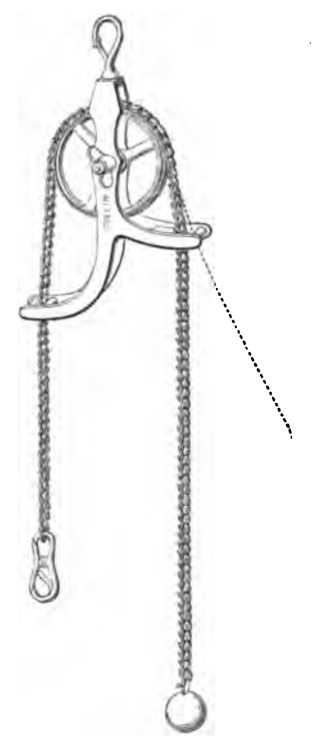


Fig. 20.

Prof. Roux, Lausanne:

Die Darm- und die Magendarm-Anastomosen *. Les Anastomoses intestinales et gastro-intestinales. (Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale de S. Pozzi. Nr. 5, 1900, pag. 787.)

Soll die Anastomose vermittelst Naht oder Murphyknopf ausgeführt werden? Soll die Operation möglichst abgekürzt werden, so ist der Knopf vorzuziehen; immerhin ist zu bemerken, dass wenn die Darmwand für die Naht nicht genügende Garantien gibt, selbe auch für den Murphyknopf fehlen. Die Naht ihrerseits gibt die besten « primæ intentiones » bezüglich der gastro-intestinalen Schleimhaut; sie gestattet den Fækalmassen eine leichte Passage, vermeidet Klappenbildungen und kommt einer späteren Schrumpfung der künstlich angelegten Oeffnung so viel wie möglich zuvor.

Die Anastomose wird am besten « seitlich » angelegt; sie ist kontraindiziert: 1. Wenn der Patient nur eine Enterotomie ertragen kann; 2. wenn der Patient kräftig genug ist, um sich einer radikalen Operation zu unterziehen; besonders wenn der Darm verdächtig aussieht und der Operateur gewandt ist; 3. wenn der Zustand der Gedärme die sofortige Ausschaltung von einer oder mehreren gangrænösen Schlingen kategorisch verlangt. — Definitive und präliminäre Anastomosen. Definitive Anastomosen bei inoperablen Tumoren, sowie bei chronischen Tuberkulosen und Actinomycosen. Die präliminäre Anastomose käme dagegen zur Anwendung bei operablen Tumoren und Strikturen, wenn der Patient momentan in Folge Darmocclusion etc., geschwächt wäre und ganz besonders bei complizierten entzündlichen Affektionen.

Folgt die Besprechung der Magen-Darm-Anastomosen.

Dr. S. Stocker, Luzern:

Scheidenexstirpation bei Prolaps.

(Centralblatt für Gynækologie, Nr. 46, 1900, pag. 1227.)

Es handelt sich um eine Modifikation der von P. Müller angegebenen Prolapsoperation, wonach die Scheide exstirpiert und der Uterus ver-

* Vortrag gehalten am internationalen Congress in Paris, 1900.

senkt wird: « Lange Spaltung der Vaginalportion auf der linken Seite. Die Wundränder werden mit Catgut übernäht, indem die äussere Schleimhaut der Portio mit der Schleimhaut des Cervixkanals vereinigt wird; dadurch sichert man freien Abfluss der Sekrete. In der von MÜLLER angegebenen Weise wird nun die Scheide abgetragen, doch mit der Abänderung, dass links ein circa 5 cm. breiter Streifen der Scheidenschleimhaut stehen bleibt. In der Nähe des Scheidenteils wird dieser Streifen schmäler und beträgt auf der Vaginalportion selbst nur etwa ein Dritt-Teil von der Gesamtoberfläche; zwei Dritt-Teile von der Schleimhaut derselben werden abgetragen und die angefrischten Partien von vorn nach hinten mit einigen versenkten Nähten vereinigt.



Fig. 12.

S. hat diese Modifikation der MÜLLER'schen Operation einmal ausgeführt; sie gestattet die Scheidenexcision auch bei Frauen, welche zwar noch menstruieren, aber entweder unmittelbar vor dem Climax stehen oder aber von vorn herein auf den Coitus verzichten. Da für freien Sekretabfluss gesorgt ist, so wird die Angst vor einer Hydrometra kein Grund mehr sein, die Scheidenexcision abzulehnen, wenn sie sonst indiziert erscheint.

Anmerkung des Ref.: P. Müller hat bereits früher eine Modifikation angegeben, die gestattet, die Indikation zur Kolpektomie auch auf Frauen auszudehnen, die noch menstruirt sind.

Es scheint angebracht, um die Stocker'sche Modifikation richtig zu verstehen, hier kurz das P. Müller'sche Verfahren (sowie dessen Modifikation) mitzuteilen und zwar an Hand der Publikation, die Dr. WORMSER im VII. Band (Heft 4) der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie veröffentlichte. Zum besseren Verständnis werden wir auch zwei der 4 von Wormser beigegebenen Abbildungen reproduzieren.

P. Müller'sche Kolpektomie zur Beseitigung des Prolapses älterer Frauen. (Beschreibung der Operation nach Wormser.) « $1/2$—1 cm. unterhalb des Orif. urethræ extern beginnend, gehen 2 Schnitte rechts und links divergirend nach hinten (vide Fig. 21). so dass sie sich jederseits ca. 5 cm. von den lateralen Kanten des Mutter-

mundes entfernt halten; sie enden, hinten convergirend, hart am Damm. Das so umschnittene Stück der Vaginalschleimhaut, in dessen Mitte die Portio sich befindet und das mehr als zwei Drittel der gesammten Scheide ausmacht, wird nun bis und mit der Submucosa von der Unterfläche lospräparirt; sein Ansatz an der Vaginalportion wird abgetrennt. Es ensteht dadurch eine grosse Wundfläche, in deren Centrum der Uterus sich befindet. Ist die Vaginalportion hypertrophisch oder zeigt sie tiefe Geschwüre, so wird sie amputiert und der Amputationsstumpf durch Knopfnaht oder fortlaufend geschlossen. Mit oder ohne Portio wird nun der Uterus, nach oben geschoben, versenkt. Er kommt dadurch in eine mehrere Centimeter tiefe, trichterförmige Grube zu liegen, welche durch versenkte Nähte und eine fortlaufende, tiefgreifende, von vorn nach hinten gehende Catgutnaht der beiden vaginalen Wundränder verschlossen wird. Die Vagina bildet nach Vollendung der Operation eine höchstens 2—3 cm. tiefe, längliche Grube, in deren Scheitel sich die vaginale Nahtlinie befindet.»

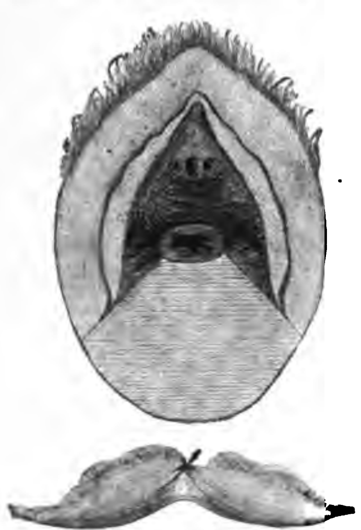


Fig. 22.

Modifikation für Frauen die noch menstruiren. (Nach Dr. Wormser.) «In solchen Fällen wird, nach Excision der Vagina, wie beschrieben, der Uterus nicht versenkt, sondern mit dem angefrischten Muttermund in die Mitte der Wundfläche eingenäht. Nach Abpräparieren des umschnittenen Schleimhautstückes werden die beiden seitlich entferntesten Punkte der Vaginalwundränder an die lateralen Kanten der Cervix fixiert; durch weitere Nähte werden die nächstfolgenden Stellen der Wundränder allseits zur völligen Umsäumung des Muttermundes herangezogen und die Ueberreste der Scheidenwand vorn und hinten durch fortlaufende Naht geschlossen. Die Vagina bildet auch hier nur eine seichte Vertiefung, in deren Grund jedoch sich der Muttermund öffnet.

Wird auf die Cohabitation nicht verzichtet, so macht P. Müller eine Kolporrh. a[illegible] und Vaginalfixation des Uterus und eine modificierte hintere Kolporrhaphie: «St[illegible] des dreieckigen Lappens mit der Spitze am Muttermund wird ein breites, raute[illegible]förmiges Stück aus der hinteren Vaginalwand excidiert. Die beiden Schnitte geh[illegible] von den Seitenkanten des äusseren Muttermundes aus und verlaufen divergirend, [illegible] etwas im Bogen, gegen die äusseren Genitalien zu, wo sie am hinteren Umfang d[illegible] Schamspalte aufhören (vgl. Fig. 22). Der Grad der Divergenz richtet sich natürli[illegible] nach der Weite der Vagina und der Stärke des Prolapses der hinteren Vaginalwa[illegible] Durch Vereinigung der beiden Wundränder entsteht eine bedeutende Verengeru[illegible] der Scheide, welche jedoch die Cohabitation noch ermöglicht.»

Dr. SCHWARZENBACH, Zürich:

Fall von Fehlgeburt im 4. Monat bei Insertion der Placenta auf einem submukösen Uterusmyom; konsekutive Verjauchung des letzteren. Amputatio uteri supravaginalis. Heilung.

Aus der Frauenklinik der Universität Zurich. (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Dritter Band. Zweites Heft, pag. 191. 1900.)

I. klinischer Teil: Die Frage der operativen Behandlung des septisch erkrankten puerperalen Uterus ist gegenwärtig noch so wenig abgeklärt, dass die Veröffentlichung jeden einschlägigen Falles gerechtfertigt erscheint. — *Supravaginale Amputation des Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung.* Durch die mikroskopische Untersuchung wurde nachgewiesen, dass die fortwirkende Quelle der Infektion in dem verjauchenden Myom gegeben war. Ausbreitung der schweren Entzündungserscheinungen bis in die Tiefe des Haupttumors; ausserhalb des Uterus liess sich nirgends eine Wunde nachweisen oder irgend eine Infektionsquelle vermuthen; für Thromben und Embolien fanden sich gar keine Anzeichen. Es zeigte sich, *dass das Klaffen der durch vorausgegangene Wehen erweiterten Cervix einen ungemein günstigen Einfluss auf die Prognose der supravaginalen Amputation mit retroperitonealer Stielbehandlung hat.* Es dürfte sich daher empfehlen, nicht nur die Sectio cæsarea conservativa (wo die Ermöglichung des freien Lochienabflusses zu berücksichtigen ist), sondern auch den Kaiserschnitt nach Porro womöglich stets erst dann vorzunehmen, wenn die Cervix ausgiebig eröffnet ist, selbstverständlich unter Berücksichtigung der eventuellen Nachteile des Zuwartens.

II. Teil: Ueber den Zusammenhang zwischen Uterusmyom und vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft. (Loc. cit. Drittes Heft, pag. 452. 1900.) Die detaillierte mikroskopische Untersuchung der Placenta ergab zunächst folgendes: « Die über den Myomen entwickelte Placenta ist abnorm klein und dünn. Die Placenta materna enthält ein sehr mangelhaft entwickeltes Deciduagewebe, keine Drüsen, sehr wenig Gefässe, zahlreiche Muskelelemente und ausgedehnte Nekrotisierungsvorgänge. Die Placenta fœtalis ist ausgezeichnet durch einen mangelhaft entwickelten Zottenbaum, Atrophie des Epithelbesatzes, Hypertrophie und fibröse Umwandlung des Stromas und hyaline Degeneration eines grossen Teiles der Zotten.

S. zieht dann aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: « *Auf der über submukösen Myomen gelegenen atrophischen Uterusschleimhaut hat sich in unserem Falle eine Placenta entwickelt, welche auf diesem unzureichenden Nährboden nicht die normale Ausdehnung und Struktur erreichte und daher dem Fœtus nicht die genügende Nahrung zuzuführen vermochte, wodurch der Tod desselben und vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft bedingt wurde.* » Die Thatsache der Eiimplantion auf einer so hochgradig atrophischen Schleimhaut spricht sehr zu Gunsten der Ansicht Hofmeier's, dass Myome keine Sterilität bedingen; dagegen kann demselben Autor nicht zugestimmt werden, wenn er glaubt, dass « die Gefahr der vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität bei Myomen keine grosse, ja keine grössere als bei der gewöhnlichen Schwangerschaft » sei. Die ätiologische Beziehung des Myoms zur Fehlgeburt wird durch den Krankheitsverlauf des mitgeteilten Falles deutlich illustriert.

Dr. M. Walthard, Bern:

Der Diplostreptococcus und seine Bedeutung für die Aetiologie der Peritonitis puerperalis. (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band XII. Heft 6, pag. 688. 1900.)

W. hat den Diplostreptococcus in vier Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt.

1. Peritonitis puerperalis diffusa mit Diplostreptococcus in Reinkultur. Exitus 15 Tage post partum.

2. Peritonitis puerperalis mit längsovalen Diplostreptokokken in Reinkultur. Abdominale Totalexstirpation. Spülung der Bauchhöhle nach der Operation während 14 Tagen mit warmer Kochsalzlösung. Drainage der Bauchhöhle. Heilung.

3. Endometritis sub partu mit Infektion des Fruchtwassers mit Bacterium coli zusammen. Das Sekret wurde vom Fundus uteri des wegen Uterusruptur durch abdominale Totalexstirpation gewonnenen Präparates entnommen.

4. In einem weiteren Falle fand sich der Diplostreptococcus an Zahl vorherrschend in einer ca. 3-400 cm³ dickrahmigen Eiter haltenden Pyometra bei einer 70-jährigen Frau.

Es wird des weiteren zum Vergleiche der Diplostreptokokkenperitonitis

mit der durch den Streptococcus pyogenes bedingten Peritonitis puerperalis ein weiterer Fall von Peritonitis puerperalis mit querovalen Streptokokken detailliert wiedergegeben.

In einer übersichtlichen Zusammenstellung geht W. auf die bakteriologischen Unterschiede zwischen dem Streptococcus pyogenes und dem Diplostreptococcus ein und kommt dann zu folgenden Schlusssätzen:

1. *Der Diplostreptococcus ist ein pathogener Mikroorganismus aus der Streptokokkengruppe und kein Saprophyt.*

2. *Der Diplostreptococcus findet sich wie der Streptococcus pyogenes mit saprophytischem Charakter auf totem Nährsubstrat, so z. B. im Vaginalsekret der gesunden Gravida, im Lochialsekret der gesunden Wöchnerinnen, im Darminhalt des gesunden Menschen.*

3. *Der Diplostreptococcus findet sich als Entzündungserreger mit parasitärem Charakter in Reinkultur in den entzündeten Geweben des Endometrimus, der Tubenschleimhaut, sowie in den Exsudaten bei Endometritis, Salpingitis, Oophoritis, sowie in den Exsudaten bei Peritonitis, Pleuritis und Pericarditis puerperalis.*

4. *Der Diplostreptococcus kann vom Endometrium auf die Tubenschleimhaut und durch die Tube auf das Peritoneum gelangen und zu tötlich verlaufender, eitriger Peritonitis führen, ohne dabei die Lymph-, resp. Blutbahnen des Uterus zu betreten.*

5. *Die tödtlich verlaufende Diplostreptokokkenperitonitis unterscheidet sich von der tödtlich verlaufenden Peritonitis mit Streptococcus pyogenes durch den schleichenden Verlauf und die längere Dauer der Erkrankung von Beginn derselben bis zum Eintritt des klassischen Bildes der diffusen eitrigen Peritonitis.*

Dr. E. Wormser, Basel:

Wie erfährt man am besten die höchsten Tagestemperaturen im Wochenbett? Aus der Frauenklinik der Universität Basel. (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Dritter Band. Zweites Heft, pag. 299. 1900.)

Die stark abweichenden Morbiditätsstatistiken der verschiedenen Frauenkliniken haben W. veranlasst, sich eingehender mit der Beant-

wortung obiger Frage zu befassen. Die Temperaturmessungen wurden an 150 Wöchnerinnen ohne Auswahl vorgenommen. Von morgens 7 bis abends 9 Uhr wurde alle zwei Stunden das Thermometer für 15-20 Minuten in die Achselhöhle eingelegt.

W. stellt zum Schlusse folgende Sätze auf:

1. *Bei der bisher üblichen Temperaturmessung morgens 7 Uhr und abends 5 Uhr erhält man nur in ca. der Hälfte der Wochenbettstage das wirkliche Maximum.*

2. *In der anderen Hälfte der Tage bleibt die 5 Uhr-Temperatur meist um weniger als einen halben Grad unter dem jeweiligen Tagesmaximum zurück.*

3. *Die bei morgens 7 und abends 5 Uhr vorgenommener Messung konstatierte Morbidität muss um $^2/_3$ erhöht werden, um die thatsächliche Gesamtmorbidität zu ergeben (« larviertes Fieber »).*

4. *« Larviertes Fieber » ist meist Eintagsfieber; es erreicht nie hohe Grade.*

5. *Die Messung um 5 Uhr abends ist die relativ günstigste.*

6. *Eine nur zweimal täglich vorzunehmende Messung wird am besten auf 1 und 5 Uhr nachmittags verlegt.*

7. *Bei subfebriler 5 Uhr-Temperatur (37,7-38,0°) sollte abends 7 und 9 Uhr nachgemessen werden.*

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber spontane Gangraen der Beine im Wochenbette. Aus der Basler Frauenklinik. (Centralblatt für Gynækologie, Nr. 44, pag. 1154. 1900.)

23-jährige II para; kräftig aussehende Frau aus gesunder Familie. Herz und Lungen normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Die Geburt eines ausgetragenen Kindes erfolgt in regelmässiger Weise zwei Stunden nach dem Blasensprunge, zehn Stunden nach dem Wehenbeginne. Die Nachgeburt wird fünf Minuten später spontan ausgestossen. Blutverlust unbedeutend. Am 6. Tage des Wochenbettes Thrombophlebitis; am 12. Tage lokalisieren sich die Schmerzen speziell auf den Fuss und am 13. Tage sind die Zeichen des beginnenden Gewebstodes nachzuweisen.

Die direkte Ursache desselben, die vollständige Unterbrechung der

Cirkulation muss in erster Linie in einer sehr ausgedehnten Thrombose aller in Betracht kommenden Venen gesucht werden.

Es folgen zehn aus der Litteratur zusammengestellte Fälle, aus denen das Symptomenbild sich aufbaut. Die charakteristischen Zeichen sind die des trockenen Brandes; nur in den Fällen von allgemeiner Sepsis mit Verjauchung der Thromben kommt es zur feuchten Gangrän. Heftige Schmerzen, die gewöhnlich nachlassen, sobald der Gewebstod eingetreten ist. Die Diagnose hat keine Schwierigkeit. Schwieriger ist die Prognose zu stellen. Bezüglich der Prophylaxis und Therapie sind wir leider schlecht bestellt.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber die Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshülfe*.
Aus der Frauenklinik der Universität Basel. (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Dritter Band. Drittes Heft, pag. 393. 1900.)

Die Resultate der Diagnose der Kindeslage sind noch recht ungenügende; der wichtigste dabei in Betracht kommende Punkt ist die relative Undurchlässigkeit dicker Weichteilpartien. W. erhielt bei einer Patientin mit postpuerperalem Meteorismus mehrmals hintereinander ungenügende Bilder; erst als durch straffes Einbinden der Unterbauchgegend die Därme nach oben verdrängt worden waren, gelang die Aufnahme. W. machte des weiteren die Beobachtung, dass der kindliche Schädel schon in einer relativ sehr frühen Periode der Gravidität sichtbar werden kann; man darf die Hoffnung hegen, dass man die Röntgenstrahlen zur Diagnose der Schwangerschaft in den ersten Monaten, zur frühzeitigen Erkennung von Zwillingen und vielleicht auch Extrauteringravidität wird verwerten können. Besser als mit der Diagnose der Kindeslage am Ende der Schwangerschaft steht es zur Zeit schon mit der Durchleuchtung des Beckens; jedoch sind die Verhältnisse, die gerade für den Geburtshelfer in erster Linie von Wichtigkeit sind, leider komplizierte, so die Beurteilung der Form und Grösse des Beckenkanals, besonders des Beckeneinganges; es muss die Beckeneingangsebene zur photographischen Platte parallel gestellt werden, damit die perspektivische Verzerrung

* Verhandlung der Medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel.

wegfällt; es bleibt dann nur noch die durch Projektion erzielte Vergrösserung übrig. Diejenige Stellung, bei welcher die Eingangsebene der Horizontalen parallel wird, ist eine halb sitzende; sie entspricht ungefähr dem behaglichen Ruhen im Lehnstuhl. Man wird darauf rechnen können, dass die Beckeneingangsebene ungefähr horizontal verläuft, wenn die beiden Endpunkte des Bandeloque'schen Durchmessers (oberer Symphysenrand, Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels) gleich weit von der horizontalen Sitzfläche entfernt sind.

Um diese Bestimmung rasch und genau ausführen zu können, hat W. ein sehr einfaches Instrument anfertigen lassen. Es ist ein modifizierter Beckenzirkel, dessen Tastknöpfe auf den oberen Rand der Symphyse und auf den letzten Lendenwirbeldorn aufgesetzt werden, bis die Spitzen der beiden parallelen Stifte auf der Tischplatte, resp. photographischen Kassette gleichmässig aufruhen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aufstellung der Lichtquelle; sie muss senkrecht stehen über der Mitte des Beckeneinganges. Verschiebt sich der Punkt, der die Lichtquelle darstellt, nach links, so fällt das Bild der Symphyse innerhalb des Beckenringes etc. W. hat durch Messung an Gefrierdurchschnitten gefunden, dass die Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel des Diameter Bandelocqui ungefähr der Mitte der Cornj. vera entspricht, und da die Stiftspitzen des Wormser'schen Instrumentes eine Distanz abstechen, die dem jeweiligen Bandeloque'schen Durchmesser proportional ist, so hat man da eine bequeme und sichere Art, die Stellung der Crook'schen Röhre zu bestimmen.

Die erwähnte halbsitzende Stellung hat *einen* grossen Nachteil. Die zu durchleuchtende Weichteilsschicht ist bedeutend stärker als bei der Rückenlage mit vertikaler Bestrahlung. W. hat nun dadurch gute Resultate erhalten, dass er die Frau wieder Rückenlage einnehmen liess, wobei die Därme etwas zurücksinken. Um nun aber wieder Platte und Beckeneingang einander parallel zu haben, musste die erstere schräg unter das Gesäss geschoben werden, was durch entsprechende Hochlagerung der Beine ermöglicht wurde.

Es liegt die Patientin dabei ganz bequem auf einem Kissen, das nicht bis vollständig an die schräge Fläche heranreicht, damit die Platte genügend weit nach unten geschoben werden kann.

W. gibt dann des weiteren die einfache Berechnung der « wahren Maasse » an und fügt sechs Röntgenphotographien von aufgenommenen Becken, sowie zwei Photographien von Frauen mit normalem und ra-

chitisch querverengten Becken hinzu; drei weitere Abbildungen finden sich im Text.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber den Gebrauch von Handschuhen in der Chirurgie und Geburtshülfe. — De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique. (Semaine médicale, du 20 juin 1900.)

Gelegentlich einer Mitteilung von Quénu in der « Société de chirurgie de Paris » zur Anwendung der Handschuhe, stellten sich grosse Meinungsdifferenzen heraus, die W. veranlassten, in einem französischen Blatte das Thema kurz zu behandeln. Es folgt zuerst ein historischer Rückblick; dann wird das an der Basler Universitätsfrauenklinik benutzte Verfahren von Hægler besprochen: man bringt in die zu verwendenden Gummihandschuhe etwas pulverisierten Talk und sterilisiert selbe während 20 Minuten (110°) im Autoclave. Bevor man die Handschuhe anzieht, desinfiziert man die Hände und reinigt selbe mit einem sterilisierten Handtuche bis zur vollständigen Trockenheit der Finger. Das Anlegen der Handschuhe gelingt nun äusserst leicht.

Die Handschuhe sind indiziert:

A. *Zum Schutze der Hand des Chirurgen:* 1. Rektal-Untersuchung; 2. Septische Operationen; 3. Anatomische Arbeiten; 4. Hauterkrankungen, die eine Infektion erleichtern. (Gefahr der septischen, der syphilitischen und der tetanischen Infektion).

B. *Zum Schutze des Operationsgebietes:* 1. Aseptische Operationen, die man innerhalb weniger als 48 Stunden nach stattgehabter Infektion der Hände auszuführen hat; 2. Notwendigkeit, einen Eingriff aseptisch zu beenden, wenn in dessen Verlauf (durch Darminhalt, Ruptur eines Eitersackes etc.) Verunreinigung eingetreten ist; 3. Noteingriff, der keine strikte Desinfektion der Hände erlaubt (Tracheotomie, geburtshülfliche Eingriffe bei geburtshülflichen und traumatischen Blutungen); 4. Erkrankungen der Hände, die eine Desinfektion verhindern (Fissuren, Wunden, Eczeme etc.)

Was speziell die Geburtshülfe anbetrifft, so ist die Einführung der mit

dem Gummihandschuh versehenen Hand in die Genitalien äusserst leicht, besonders wenn man diesen mit einer Lysollösung befeuchtet hat.

Dr. E. Wormser, Basel:

Zur Infektion der Uterushöhle während des Wochenbettes. — L'infection de la cavité utérine pendant les suites de couches. (Semaine médicale, du 7 novembre 1900.)

I. Dœderlein hatte den Lehrsatz aufgestellt, dass das Endometrium im normalen Wochenbett steril sei; er fand in 89 % der Fälle sterile Lochien; andere Autoren fanden diese nur in 65, 63, ja selbst 57 %. Burkhardt (Basel) kam auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dass der Lehrsatz der Sterilität der Uterushöhle nur für die ersten Wochenbettstage Geltung haben könne. Dœderlein hat dann des weitern mit Winternitz weitere 250 Frauen zwischen dem zweiten und fünfzehnten Wochenbettstage bakteriologisch untersucht und die Uterushöhle in 83 % steril gefunden. Wormser hat nun ebenfalls Untersuchungen angestellt und zwar an 100 Frauen, die sich in der zweiten Woche des Wochenbettes befanden; es wurde die von Dœderlein inaugurierte Technik befolgt; trotzdem war das Schlussresultat ein dem Dœderlein'schen entgegengesetztes: « *Die Uterushöhle von Frauen, die ein fieberloses Wochenbett überstanden, enthält am elften und zwölften Wochenbettstage in mehr als 80 % der Fälle Mikroorganismen.*

II. Woher kommen diese Keime und welche klinische Bedeutung haben sie?

Die erste Frage ist leicht zu beantworten; die Keime stammen von der Scheide, von kleinen Verletzungen der Vulva etc., von wo sie zur Uterushöhle aufsteigen.

Die zweite Frage ist diejenige der Autoinfektion. W. hält es nicht für gerecht, den Begriff derselben in dem Sinne zu erweitern, wie es Ahlfeld thut, der als Autoinfektion jede Infektion bezeichnet, die durch pathogene Mikroorganismen hervorgerufen wird, welch' letztere vor, während oder nach dem Einsetzen der Geburt, sei es spontan, sei es durch den untersuchenden Finger oder das eingeführte aseptische Instrument, in die Genitalorgane gelangt sind.

III. Die Frage der Autoinfektion, wie selbe von *Menge* und *Krönig* (die sich an die erweiterte Definition von *Kocher* und *Tavel** halten) formuliert wurde, lautet: « Existieren im Genitalkanal der Frau oder auf der angrenzenden Haut Mikroorganismen im saprophytischen Zustande, die fähig wären, durch Autoinfektion puerperale Infektion zu erzeugen? »

IV. Um dieser Frage näher zn treten, hat WORMSER an der Basler Universitätsfrauenklinik klinische Untersuchungen angestellt; während eines ganzen Jahres wurde die vaginale Desinfektion Gebärender nach der HOFMEIER'schen Methode ausgeführt (energisches Waschen mit Sublimatlösung 1,0 : 1,000 und Reiben mit dem Finger). Die Resultate sind folgende:

Im Jahre 1897 keine Desinfektion: 933 Geburten mit 81,9 % von fieberlosem Wochenbett.

Im Jahre 1898 keine Desinfektion: 1066 Geburten mit 84,5 % von fieberlosem Wochenbett. (2,6 % Besserung).

Im Jahre 1899, Desinfektion: 1225 Geburten mit 86,7 % von fieberlosem Wochenbett. (Besserung nur 2,2 %.)

V. Nachdem die klinische Beobachtung die Beantwortung der Autoinfektionsfrage nicht genügend zu fördern im Stande war, hat man sich der Experimentation zugewandt. CASELLI hat mit Streptokokken imprägnierte Tampon in die Vagina von schwangeren Kaninchen gebracht; selbe gingen bald nach der Geburt an Streptokokkeninfektion zu Grunde. Man hat dann weiter sich gefragt: 1. Ob die Vagina gesunder Schwangerer Streptokokken enthalte, und 2. ob diese Streptokokken eine genügende Virulenz erreichen können, um Puerperalfieber zu erzeugen. WORMSER hat in fünf Fällen, bei denen die künstliche Frühgeburt durch die Sonde herbeigeführt worden war (nach rigoröser Desinfektion der Scheide und des Os externum) viermal Mikroorganismen nachgewiesen durch Ueberimpfung von Schleim, der sich an der Sondenspitze befand; von den vier Geburten wiesen drei absolut normale Wochenbetts-Verhältnisse auf.

VI. Ein weiterer Grund, die Autoinfektion so lange nicht anzuerkennen, als bis selbe nicht besser erwiesen, liegt in didaktischen Gründen den Hebammen gegenüber.

VII. Die weitaus grösste Zahl der Infektionsfälle und ganz besonders

* KOCHER und TAVEL. Vorlesungen über chirurgische Infektionskrankheiten. I. Teil. Basel und Leipzig, 1895.



die schweren und tötlich verlaufenden sind auf heterogene Infektion zurückzuführen. Bei langdauernden Geburten sollen Sublimat-Vaginal-Spülungen gemacht werden; ebenso nach intrauterinen Manipulationen: ganz besonders aber soll nach manueller Placentarlösung eine 1%ige intrauterine Lysolspülung vorgenommen werden.

VIII. Da nach der ersten Woche des Wochenbettes die Uterinschleimhaut fast vollständig regeneriert ist, so können die nach dieser Zeit ins Cavum uteri aufsteigenden Keime kein Unheil mehr anstellen; tritt allerdings Retention der Lochien ein (exagerierte Anteflexio uteri), so kann ein sogenanntes «Fäulnisfieber» (oder nach Bumm ein «Eintagsfieber») auftreten. Wormser hat dreimal das Uterus cavum am elften und zwölften Tage steril gefunden bei Entbundenen, die in der ersten Woche post partum Fieber hatten.

IX. Welche praktischen Schlüsse kann man aus den bakteriologischen Forschungen ziehen?

1. Wenn die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung keine Mikroorganismen aus der Uterushöhle nachweisen, so handelt es sich nicht um ein bakterielles Fieber, sondern entweder um ein aseptisches Fieber oder um ein Fieber aus extragenitaler Ursache.

2. Wenn die mikroskopische Untersuchung den Gonococcus nachgewiesen, so haben wir es mit einer Wochenbettsgonorrhæ (Endometritis, vielleicht auch gonorrhoische Salpingitis) zu thun.

3. Konstatiert man im Mikroskop die Gegenwart von einem oder von mehreren Mikroben mit Ausschluss des Streptococcus und ist die Bouillon nach 24 Stunden sehr trübe und vielleicht von üblem Geruch, so schliessen wir auf Fäulnisvorgänge in den Lochien.

4. Findet man in gefärbten Präparaten, allein oder mit andern Mikroorganismen zusammen den Streptococcus, so diagnostiziert man eine Streptokokken-Endometritis. Wenn auch die Bakteriologie uns betreffs der Diagnose Aufschluss zu verschaffen im Stande ist, so ist sie bezüglich der Prognose von untergeordneter Bedeutung: da muss die klinische Beobachtung mithelfen.

Dr. E. Wormser, Basel:

Zur Händedesinfektion. — De la désinfection des mains. (Annales de gynécologie et d'obstétrique de novembre 1900.)

Es handelt sich im Grossen und Ganzen um ein Referat der bereits erwähnten Arbeit von C. S. Hægler (siehe pag. 23). W. fügt da und dort stoffliche, litterarische und kritische Ergänzungen bei.

Dr. E. Wormser und cand. med. R. Bing, Basel:

Ein einwandsfreier Fall von hysterischem Fieber. (Münchener medizinische Wochenschrift. Nr. 40 und 41. 1900.) Aus der Frauenklinik der Universität Basel.

Briquet war der Erste, der bei Hysterischen ab und zu Fieber als nervöses Symptom beobachtete. Es unterliegt heutzutage keinem Zweifel, dass es ein, wenn nicht mehrere Wärmecentra gibt, und damit ist zugleich dem « nervösen » oder « funktionellen » Fieber das Bürgerrecht in der Summe der nosologischen Begriffe eingeräumt. Strümpell verhält sich trotz alledem bis in die neueste Auflage seines Lehrbuches dem hysterischen Fieber gegenüber skeptisch; immerhin sind die Zeichen, die demselben sein eigenartiges Gepräge geben, oft (allerdings nicht immer) so charakteristisch, dass man keine Mühe hat, dasselbe von einer organischen Temperatursteigerung zu unterscheiden: *ungewöhnliche Dissociation zwischen Temperatur einerseits, Puls und Respiration andererseits,* während die erstere sehr hoch ist, können die beiden letzteren fast normal oder doch nur unbedeutend beschleunigt sein. Das meist akute Auftreten ist weniger auffällig, als der oft nach sehr kurzer Zeit wieder erfolgende brüske Abfall; ferner muss eine auf's Aeusserste getriebene Temperatursteigerung Verdacht erwecken. Ein weiteres interessantes Symptom ist die Verschiedenheit der Temperatur der beiden Körperhälften. Das einseitige Fieber ist ein Analogon der einseitigen Anæsthesie, der einseitigen Krämpfe.

Es folgt nun die äusserst detaillierte Krankengeschichte einer 24-jährigen Kellnerin, die neuropatisch stark belastet ist; die sich in der Folgezeit gonorrhoisch infiziert. In die Basler Frauenklinik eingetreten, wird folgende Diagnose gestellt: Urethritis, Endometritis, Salpingoophoritis sinistra gonorrhoica. Da trotz aller angewandten Mittel die subjektiven Beschwerden gar nicht, die objektiven Veränderungen nur teilweise gebessert worden sind, so wird am 22. Oktober 1899 die Laparotomie ausgeführt (Prof. Bumm). Linkes Ovarium mitsammt der Tube unterbunden und excidiert. Ventrofixation. Wiedereintritt in die Frauenklinik am 13. März 1900. 29. April 1900 Hysterectomia vaginalis totalis. Salpingo-oophorectomia dextra (Prof. Bumm). Glatter Heilungsverlauf. 2. August. Anfall von hysterischem Fieber (Zeit der Regel). Temperatur und Puls am Morgen in der Achselhöhle gemessen:

	38,8°.	Puls 120.
Abends 4½ Uhr:	40,4°.	» 120.
» 8 Uhr 40:	37,8°.	» 124.
3. Juli Morgens:	37,6°.	» 96.

Es folgt des weiteren eine sehr exakte neurologische Untersuchung der Patientin und zum Schluss die Epikrise des vorliegenden, interessanten Falles. Was die *Diagnose* betrifft, so sind alle Autoren darin einig, dass sie nur bei wirklich hysterischen Personen und per exclusionem gestellt werden kann. *Die Prognose* ist eine absolut günstige und eine besondere *Therapie* des hysterischen Fiebers unnötig.

Dr. H. Wunderli, Altnau:

Ueber bakteriologisch nachgewiesene Infektion von Ovarialcysten. Aus dem Kantonsspital Münsterlingen. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XXVI, Heft 3.)

Die erste eingehende Bearbeitung obigen Themas stammt von *Aronson* (1883) aus der Zürcher-Klinik von Frankenhäuser, die Zweite von *Mangold* (1895) aus der Basler Klinik von *Bumm*. Namentlich hat sich aber der dänische Forscher *Bloch*, welcher sich schon frühzeitig mit bakteriologischen Untersuchungen von Ovarialcysten abgegeben, verdient gemacht.

W. hat nun einen weitern Fall seiner Praxis, der von C. BRUNNER im Kantonsspital in Münsterlingen operiert wurde, sehr detailliert und gewissenhaft bakteriologisch untersucht; es handelte sich um *Infektion einer Dermoidcyste durch den Colibacillus.* Es werden dann 24 hiehergehörige Fälle tabellarisch zusammengestellt.

I. *Fälle von Infektion von Ovarialcysten, welche einer Punktion ihre Entstehung verdanken.*

II. *Infektion von Ovarialcysten bei Anwesenheit von entzündlichen Prozessen die vom Genitalapparat ausgegangen sind.*

III. *Infektion von Ovarialcysten nach vorausgegangenem Typhus.*

IV. *Infektion nach Axendrehung.*

V. *Spontane Infektion.*

Nach eingehender Besprechung der einzelnen Gruppen wird weiter auf die pathologische Anatomie von vereiterten resp. infizierten Cysten näher eingegangen; dann folgt die Besprechung der klinischen Symptome, der Prognose und der Terapie.

Am Schlusse der lesenswerten Arbeit werden die Hauptthatsachen, welche zu Tage gefördert wurden, folgendermassen formuliert:

Nicht nur nach Punktion, nach entzündlichen Prozessen im Wochenbett, nach Typhus und nach Axendrehung, sondern auch bei scheinbarem Wohlbefinden kann es zur Infektion von Ovarialcysten kommen, und zwar können wenige eingeführten Bakterien genügen durch rapide Vermehrung den Cysteninhalt zu einem höchst gefährlichen Herd im Bauch der Trägerin zu machen. *Die Entfernung solcher Cysten ist dringend geboten und zwar womöglich ohne Verletzung der Cyste.*

II.

Dissertationen.

Dr. O. Abt, Basel:

Ueber Extremitætenfrakturen intra partum. Inaugural-Dissertation, 1900. (Druck von Kreis, Petersgraben, Basel.)

Das klinische Material der vorliegenden Arbeit bilden 11 Fälle von Frakturen die an 10 Kindern im Basler Kinderspital beobachtet worden sind, so wie sechs Fälle aus der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Bumm. Neben diesen Fällen wurde auch die Litteratur in Berücksichtigung gezogen.

Allgemeine Aetiologie: Aeussere Gewalt; Geburtsakt; Anomalien des Beckens und der Kindslage; vorzeitiger Wasserabfluss; Frakturen, welche durch Kunsthilfe entstehen: Wendung und Extraktion, weniger die Zange; leichte Verletzlichkeit der kindlichen Knochen.

Allgemeine Statistik: Die Femurfrakturen überwiegen die andern (Clavicular und Humerusfrakturen) um ein Bedeutendes; wichtiger ist es, das Verhältnis der Zahl der Geburten zu den entstandenen Frakturen zu kennen. In der Basler geburtshilflichen Klinik sind in den Jahren 1894-1899 ca. 4000 Geburten geleitet worden; es wurden während dieser Zeit sechs Fälle von Frakturen *intra partum* beobachtet, die alle im Verlaufe der Wendung oder Extraktion entstanden sind (d. h. auf 10,000 Geburten erfolgen 15 Frakturen). C. V. Hecker berichtet über

17,220 Geburten, die während 20 Jahren an der geburtshilflichen Klinik zu München beobachtet worden sind.

Claviculurfrakturen: Es werden 11 Fälle mehr oder weniger detailliert mitgeteilt; alle sind auf künstlichem Wege entstanden; in den meisten Fällen während der Armlösung.

Humerusfrakturen: 19 Fälle; was den Entstehungsmechanismus anbelangt, so stimmen darin die meisten Autoren überein, indem sie das Zustandekommen der Humerusfrakturen allgemein der Manipulation des Armlösens zuschreiben, daneben werden jedoch auch andere Möglichkeiten zugegeben. Die Prognose und Therapie der Humerusfrakturen *intra partum* hat keine Besonderheiten für sich, gegenüber den im spätern Kindesalter entstandenen Frakturen.

Femurfrakturen: 18 Fälle.

Unterschenkelfrakturen: 5 Fälle von Otto von Büngner.

Folgt eine tabellarische Uebersicht sämmtlicher angeführten Beobachtungen.

Dr. A. Ammann, Muri:

Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft bei derselben Frau. Aus der Universitätsfrauenklinik Basel. Inaugural-Dissertation. 1900. (Druck von Eberle und Rickenbach, Einsiedeln.)

In der Basler Frauenklinik wurden zwei Fälle von recidivierter Tubengravidität beobachtet, der eine unter Prof. Fehling, der andere unter Prof. Bumm.

In den beiden sehr genau mitgeteilten Fällen ist die Diagnose durch die wiederholte Laparotomie und durch die genaue Untersuchung des Präparates absolut sicher gestellt. Es werden noch 16 einschlagende Fälle aus der Litteratur angeführt.

An Hand des beigebrachten Materiales werden die verschiedenen ætiologischen Momente kritisch besprochen. A. kommt zum Schlusse, *dass es kein einheitliches Causalmoment giebt, das für sich allein im Stande wäre, eine tubare Einbettung des befruchteten Eies zu Stande zu bringen; dass vielmehr verschiedene pathologische Zustände verantwortlich gemacht werden müssen.*

Folgen noch zwei kleine Kapitel zur Diagnose und Therapie der Tubargravidität.

Dr. A. Bangerter:

Beitrag zur Lehre von der Placenta prævia. Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel. Inaugural-Dissertation 1900. (Druck: Schweighauserische Buchdruckerei, Basel.)

Es wird zuerst auf die *Hofmeier'sche Theorie* der Placenta prævia-Entstehung eingegangen, dass 1. nicht selten eine Placenta sich auf der Decidua reflexa entwickle; 2. die Reflexa-placenta mit der Vera verschmelze und zur ächten Placenta werde; 3. die Placenta prævia in der Mehrzahl der Fälle nur durch Annahme der Bildung einer Reflexa-placenta erklärt werde.

Dann werden *Kaltenbachs Entgegnungen* angeführt. *Kaltenbach* bestreitet die Möglichkeit einer tiefen Einnistung des Eies und behauptet, dass die Placenta prævia nur als Reflexa-placenta möglich sei. *Ahlfeld* bekämpfte die Hofmeier'sche Theorie am energischesten. Er sagt: Bloss mechanische Erklärungen der Unmöglichkeit einer tiefen Eiinsertion dürfen nicht vorgebracht werden; neue Begründung der alten Theorie, dass die Placenta prævia nur entstehe, wenn sich das Ei tief unten einniste. Im weiteren wird auf die Arbeiten von Gottschalk, v. Winkel, Schauta, Bayer, v. Herff, Coste, Spee, C. Ruge, Hubert Peters etc., eingegangen. Dann wird ein puerperaler Uterus beschrieben, welcher von einer Frau stammt, die an Placenta centralis verblutete. Makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Präparates; letztere gestattet keinen einwandsfreien Schluss auf die Ausdehnung der Serotina rings um das os. int. Einzig die Gefässverteilung giebt einigen Aufschluss; es ist wahrscheinlich, dass Serotina den Muttermund zu zwei Drittel umfasste. Klinisch war eine Placenta prævia totalis sichergestellt. Es liegt deshalb am nächsten anzunehmen, dass der Muttermund und das gefässarme Drittel seines Umfanges von einer Placenta reflexa überdacht war. Die Haftfläche reichte also nach unten bis zum innern Muttermunde und umfasste diesen teilweise; die Ueberdeckung des inneren Muttermundes wäre durch einen Reflexa-placentarlappen gebildet worden, der *Hofmeier*'schen Anschauung entsprechend.

Dr. R. Bossard, Zug:

Ein Fall von Lymphangioma cysticum der rechten Nebenniere. Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation, 1900. (Druck von Emil Cottis Wwe., Zürich.)

Es handelt sich um eine 25-jährige Frau, die sich schwere Verbrennungen zugezogen hatte, denen sie erlag. Der Sektionsbefund zeigte eine höchst interessante Veränderung der rechten Nebenniere.

Verfasser kommt nach genauer makroskopischer und mikroskopischer Beschreibung des vorliegenden Falles zu folgenden *Schlussfolgerungen:*

« Das Präparat ist ein (wahrscheinlich embryonal veranlagtes) Lymphangioma cysticum der rechten Nebenniere. Seine Hohlräume sind mit geronnener Lymphe ausgefüllt. Die kleinsten derselben bestehen aus einer Menge von Cystchen, die erst unter dem Mikroskope mit schwacher Vergrösserung sichtbar werden. Eine kirschgrosse Cyste liegt in der Rindensubstanz der Nebenniere und ragt zur Hälfte aus derselben hervor. Eine andere von der imponierenden Grösse eines Apfels, hat das ganze Organ auseinander gedrängt. Die Wandungen der zwei grossen Cysten enthalten zahlreiche gelbe Flecken aus Nebennierensubstanz. Makroskopisch weist die apfelgrosse Cyste ein zackiges Kalkgebilde auf. Mikroskopisch zeigen drei bindegewebige Septen, welche die Cystchen rings umschliessen und von einander trennen, in Verkalkung begriffene und bereits verkalkte Stellen.

In der Litteratur lässt sich kein zweiter Fall, wie vorliegender, auffinden und es muss dieser als ein Unicum aufgefasst werden. »

Dr. U. Th. Faure, Locle:

Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta während Schwangerchaft und Geburt. Du décollement prématuré du placenta de son insertion normale pendant la grossesse et pendant l'accouchement. — Inaugural-Dissertation, vorgelegt der medizinischen Fakultät in Zürich. 1899/1900. (Druck von E. Sauser, La Chaux-de-Fonds.)

In einem ersten Kapitel folgen allgemeine Betrachtungen, sowie acht detailliert beschriebene Fälle aus der Privatpraxis des Herrn Dr. D. H.

Meyer-Ruegg in Zürich und ein neunter Fall aus der Klientele des Herrn Dr. Robert-Tissot in La Chaux-de-Fonds. Verfasser geht dann in einem zweiten Abschnitte auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen ein, die man an frühzeitig gelösten, normal sitzenden Nachgeburten zu konstatieren im Stande ist. Die Anordnung der utero-placentaren Gefässe erklärt uns zur Genüge, warum ein Schlag, ein Fall, ein Choc etc. zur vorzeitigen Ablösung durch Bildung retroplacentarer Hämatome führt. Die mikroskopische Untersuchung von zwei Placenten zeigte, dass man es mit *Endometritis decidualis* zu thun hatte; übrigens hatte die in der dritten Beobachtung erwähnte Hydrorrhea gravidarum bereits auf eine entzündliche Affektion hingewiesen; man muss annehmen, dass die Endometritis eine Degeneration der utero-placentaren Gefässe bewirke, die zur Ruptur derselben prädisponiere. Makroskopisch findet man die uterine Fläche der Placenten mit coaguliertem Blut mehr oder weniger ausgedehnt bedeckt; selbst in den Eihäuten findet man zahlreiche Coagula. Eine weitere Placenta zeigte auf der uterinen Fläche eine Menge von grösseren oder kleineren Aushöhlungen, ohne dass diesen auf der fötalen Seite der Nachgeburt Prominenzen entsprächen; ein Beweis, dass hier Placentargewebe zu Grunde ging. Diese Cavitäten waren vor Ausstossung der Placenta mit Blut erfüllt, das sehr adhärent war. Placentarthromben konnten nirgends gefunden werden.

In einem dritten Kapitel wird auf die Etiologie eingegangen: Anatomische Anordnung der utero-placentaren Gefässe; Schlag; Fall; rapide Zunahme des intraabdominalen Druckes. Verkürzung des Nabelstranges, hämorrhagische Diathese.

Benike und Häberlin haben aus der Wyder'schen Klinik in Zürich jeder einen Fall veröffentlicht, wo Morbus Basedowii mitspielte; des weiteren käme in Betracht ausserordentliche Resistenz der Fruchtblase, Zwillingsschwangerschaft, Hydramnios, Auto-Intoxikation (Bouffe de St-Blaise).

Es folgt die Besprechung der Symptomatologie, der Diagnose und der Differenzialdiagnose: Placenta prævia, Extrauterinschwangerschaft mit Ruptur, Uterusruptur während der Geburt. Die Hauptsymptome der vorzeitigen Lösung der normal inserierten Placenta sind: Schnell zunehmende Anämie, sehr starke Schmerzen; schneller Puls, allgemeines Unbehagen. *Prognose*: Kind gewöhnlich abgestorben; unser ganzes Trachten und Handeln hat die Mutter zum Gegenstand. *Therapie:* Man soll den Uterus so schnell und vollständig entleeren wie möglich. Dila-

tation mit dem Kolpeurynter und möglichst rascher künstlicher Blasensprung. Nach vollständiger Ausräumung des Uterus muss eine intrauterine Tamponade ausgeführt werden, wenn die Blutung noch fortdauern sollte.

Dr. A. Ferri, Lugano:

Beiträge zur Kasuistik der Laparotomie bei Peritonitis tuberculosa nebst Bemerkungen über zwei nachgewiesene anatomische Heilungen.

Inaugural-Dissertation. 1900. Aus der Universitätsfrauenklinik des Herrn Prof. Wyder. (Druck von Hans Fischer, Zürich.)

Es wird zuerst auf die Frage eingegangen, ob die in der Litteratur mitgeteilten Fälle alle wirkliche tuberkulöse Peritonitiden waren, oder ob es sich eventuell um eine Peritonitis pseudo-tuberculosa oder nodosa gehandelt haben könnte. Es folgen des weitern 23 ausführliche Krankengeschichten. Das Leiden setzte anfangs meist schleichend mit dysmenorrhoischen Beschwerden ein, daneben bestanden Schmerzen im Leibe und Auftreibung des Abdomens. Die Tuberkulose konnte in keinem der Fälle als eine rein peritoneale taxiert werden; bei fast allen Kranken bestand entweder eine sichere oder eine vermutliche Miterkrankung anderer Organe. Von 23 operierten Fällen starben im Anschluss an die Operation nur 3, und zwar verstarb eine Patientin einen Monat nach der Operation an Inanition, eine zweite sechs Tage post operationem an Tuberculosis universalis und endlich die dritte an Colaps einen Tag nach dem Eingriff. Die übrigen Patientinnen wurden alle entlassen und zwar grösstenteils in sehr zufriedenstellendem Zustande, viele sogar auffällig gebessert. Von diesen 20 entlassenen Kranken sind 12 noch am Leben; bei 9 davon machte die Bauchfellaffektion keine Symptome mehr; bei einem Falle trat ein Jahr und bei einem andern einige Wochen nach der Operation ein Recidiv ein, welches dann verschwand, um einer vollständigen Heilung Platz zu machen; über den letzten und zwölften Fall, welcher bis einige Monate post operationem noch gesund war und heute noch lebt, konnte keine Auskunft erhalten werden. Unter diesen lebenden 12 Fällen beträgt die längste Heilungszeit 10 Jahre, die kürzeste ein Jahr. Das Zurücklassen der Adnexe, da wo diese als primärer Sitz der Tuberkulose

anzusehen sind, scheint keinen Einfluss auf die Erfolge der Laparotomie auszuüben. Aus zwei an der Zürcher Frauenklinik beobachteten Fällen von nachgewiesener anatomischer Heilung, sowie aus den aus der Litteratur zusammengestellten Beobachtungen geht die unumstössliche Thatsache hervor, dass die klinische Heilung der Bauchfelltuberkulose nach Laparotomie auch im pathologisch-anatomischen Sinne eine solche sein kann. JORDAN will allerdings den Beweis geleistet haben, dass die klinische Heilung nicht immer der anatomischen entspricht; dass von einer definitiven Heilung niemals die Rede sein kann. Verfasser schliesst seine Arbeit mit den Worten von FEHLING: « Jedenfalls ist schon genügend viel gewonnen, wenn das Uebel Jahre lang (durch die Laparatomie) so geheilt bleibt, dass keine Symptome und Beschwerden auftreten. »

Dr. Selma FIGOWSKI, Suwalki, Russland :

Zur Histogenese der Leberveränderungen bei der puerperalen Eklampsie. Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation 1900. (Druck von J. Lehmann, Zürich.)

Während die Natur und das Wesen der Leberveränderungen im grossen und ganzen schon festgestellt worden ist, ist die Frage über den Zusammenhang der verschiedenen Veränderungen unter einander, die Frage über die Art und Weise ihrer Entstehung, d. h. die Frage über die *Histogenese* der Veränderungen vernachlässigt worden. Es werden der Reihe nach die Arbeiten folgender Autoren kurz besprochen: PILLIET, JÜRGENS, KLEBS, PRUTZ, SCHMORL und LEUSDEN; dann folgt die sehr eingehende Beschreibung einer Leber, die von einer Frau stammt, die in der Zürcher Frauenklinik an puerperaler Eklampsie verstorben war.

Die sehr detailliert besprochenen histogenetischen Fragen müssen im Original nachgelesen werden. Verfasserin kommt zu folgendem praktischen Schluss: « *So viel nur geht aus unserer Untersuchung hervor, dass die Leber kaum die Stätte ist, wo man die Pathogenese der Eklampsie zu suchen hat. Es werden vielmehr die Leberveränderungen als eine Teilerscheinung eines Prozesses zu betrachten sein, dessen Wesen uns noch unbekannt ist.* »

Dr. A. Fischer, St. Gallen:

Ein Beitrag zu den Missbildungen des Ureters und der Niere. Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation 1899/1900, Zürich. (Druck von W. Steffen & Cociffi, Zürich.)

Es handelt sich um eine Missbildung, die während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hatte und erst bei der Sektion einer an Peritonitis fibrinosa verstorbenen 38-jährigen Frau konstatiert wurde: *Links ein normales Urogenitalsystem; rechts eine totale Verdoppelung des Ureters, wovon der obere mit einer Cyste beginnt, deren laterale Wand mit der Nierensubstanz innig verschmolzen ist. Diese Cyste geht in einen schlauchartigen Ureter über, der mit einer feinen Oeffnung 3 mm. hinter der äusseren Urethralmündung in die Harnröhre mündet. Getrennt von diesem oberen Ureter entspringt aus einem eigenen Nierenbecken ein unterer Ureter, der, nachdem er im kleinen Becken den oberen Ureter gekreuzt und sich ihm vorgelagert hat, an normaler Stelle in die Harnblase einmündet.*

Folgt zuerst eine genaue, sehr interessante Uebersicht über die Missbildungen des Ureters, resp. der Niere; dann kommt Verfasser auf embryologische Fragen zu sprechen, um die Entstehung der vorliegenden Missbildung zu ergründen..

Dr. F. Fortmann. Bremervörde:

Ueber Cystenbildungen in den ableitenden Harnwegen. Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation, 1900. (Druck Art. Institut Orell-Füssli, Zürich.)

Neuere Arbeiten auf dem vorliegenden Gebiet stammen von Lubarsch, Aschoff, v. Kahlden, Markwald und Stœrk.

Verfasser unterscheidet drei Gruppen von Cysten:

1. Gruppe. Grösse: die eines Gesichtfeldes bei starker Vergrösserung. Form: rundlich. Epithel: ausgesprochen cylindrisch, ein- bis dreischichtig, gegen den innern Hohldamm scharf abgesetzt. Inhalt: körnige Massen, Zellen in allen Stadien der Degeneration, freie Kerne. Die Cysten sitzen stets einzeln.

2. Gruppe. Grösse: bis zu einer kleinen Erbse. Form: ganz unregelmässig. Epithel: kubisch, seltener cylindrisch oder auch abgeplattet, ein- bis dreischichtig. Inhalt: körnige Massen, dunkelrote Körper, gelbbraun pigmentierte Körper und alle Uebergänge zwischen den Dreien. Die Cysten sitzen einzeln oder zu Gruppen von zahlreichen grösseren und kleineren vereinigt.

3. Gruppe. Grösse: etwa wie bei Gruppe 1. Form: unregelmässig. Epithel: ganz unregelmässig, ein- bis vielschichtig, mit Fetzen und Vorsprüngen in das Innere der Cyste hineinragend. Inhalt: körnige Massen. Die Cysten sitzen oft nebeneinander, bilden aber keine so grossen Gruppen wie die zweite Art. Neben den Cysten finden sich mehr oder weniger solide, stark gewucherte Epithelstränge.

Dass bei der Entstehung oder Entwicklung der Cysten gewisse Parasiten eine Rolle spielen, scheint nicht wahrscheinlich. *Aschoff* ist der Meinung, « dass es sich nicht um wesentlich verschiedene Gebilde in der Blasenschleimhaut handelt, sondern dass zwischen all' den verschiedenen Formen drüsiger und cystischer Bildungen ein kontinuierlicher Zusammenhang besteht, und es sich nur um ungleichwertige Entwicklungsstadien der im Prinzip überall übereinstimmenden epithelialen Abschnürung, Sprossung und drüsigen Neubildung handelt. » Nach MARKWALD entwickeln sich die im Ureter vorkommenden Cysten « zum weit aus grössten Teil aus den sog. von Brunn'schen Epithelnestern durch Zelldegeneration. Sie sind also Zerfallscysten. *Stœrk* glaubt die Ursache der Cystenbildungen in einer entzündlichen Veränderung des subepithelialen Bindegewebes zu sehen. Im Gegensatz zu sämmtlichen genannten Autoren vertritt LUBARSCH die Anschauung, dass die Cysten keine einheitliche Entwicklung haben und zwar unterscheidet er nach Art der Entstehung in der Harnblase zwei Sorten von Cysten, 1. einfache Zerfallscysten. 2. Cysten mit Proliferation.

Indem die Ergebnisse der persönlichen Untersuchungen kurz noch ein Mal zusammengefasst werden, ergibt sich, dass es der Abstammung nach drei Arten von Cysten gibt, entsprechend den drei geschilderten Gruppen:

1. Cysten, die aus Schleimdrüsen entstehen.
2. Cysten, die aus Prostatakeimen hervorgehen.
3. Cysten, die sich durch centralen Zerfall solider Epithelwucherungen bilden.

Drei Abbildungen, Durchschnitte durch Cysten darstellend, sind beigegeben.

Dr. E. Gallusser, Berneck, Kt. St. Gallen:

Ein Beitrag zur Kenntnis der Missbildungen der Ureter*. Aus dem Kinderspital in Zürich. Inaugural-Dissertation 1900. (Druck, Ed. Marthaler, Berneck.)

K. Emilie, 8 Monate alt; Zeichen von Rhachitis; oft Erbrechen, Stuhl stark riechend; Dilatatio ventriculi; in der Folgezeit Pneumonie. 2 ‰ Eiweiss.

Untersuchung am 29. November 1899 im Ambulatorium des Kinderspitals von Herrn Prof. O. Wyss ergab Ascites; Peritonitis tuberculosa. 1. Dezember. Die Patientin schläft schlecht und schreit vor dem «Wasserlassen» laut auf. 7. Dezember Exitus.

Sektionsbefund: Linke Niere stark vergrössert; an der vordern Wand sitzt eine prall gespannte Cyste von der Grösse eines mittleren Apfels. Niere bestehend aus einer Anzahl von cystösen Räumen. Nierensubstanz makroskopisch nicht mit Sicherheit festzustellen. Die grosse dünnwandige Cyste an der vordern Nierenwand setzt sich fort in einen erweiterten Harnleiter. Aus einer andern kleineren Cyste mit dickeren Wandungen, am medialen Nierenpol gelegen, unterhalb der genannten grossen, entspringt ebenfalls ein stark dilatierter Ureter; indem dieser mit einer Oeffnung, die für einen dicken Bleistift durchgängig ist, die Blasenwand durchbricht, endigt er in einem in die Blase vorgestülpten Sacke von gut Wallnussgrösse. Der andere Ureter in seiner ganzen Länge gleichmässiger erweitert, verengert sich unmittelbar vor der Blase und endet mit einer Oeffnung, die für eine mittlere Sonde passierbar ist an der Basis des vom andern Ureter gebildeten Blindsackes.

Die rechte Niere ist gegenüber einer normalen ebenfalls vergrössert. Auf dem Durchnitte fallen wieder mehrere kleinere und grössere Cysten auf, doch ist daneben noch ziemlich viel Nierensubstanz vorhanden. Aus zwei durch eine ziemlich dünne Zwischenwand getrennten Abteilungen des erweiterten Nierenbeckens entspringen zwei Ureter, beide stark erweitert; auch sie verlaufen stark geschlängelt, verengern sich kurz

*Es handelt sich wohl um denselben Fall, dessen Präparat Prof. O. Wyss der «Gesellschaft der Aerzte in Zürich» vorlegte. Siehe kurze Besprechung und Diskussion des Falles.

vor der Blase, lassen sich nicht mehr von einander frei präparien, enden aber doch jeder mit eigener Oeffnung in der Blase.

An der hintern Wand der Blase, in dieselbe hineinragend, sitzt eine Cyste mit dünner Wand von gut Wallnussgrösse. Wenn man in einen linken Ureter Wasser giesst, so füllt sich dieser Sack und ist daher leicht als das blinde Ende des betreffenden Harnleiters zu erkennen.

Die vorgenommene *mikroskopische Untersuchung* der in Betracht kommenden Gewebabschnitte ergab die *Diagnose* einer Cystitis, Uretritis (Harnliterentzündung), Pyelitis und Pyelonephritis. Folgt die Besprechung des Mechanismus, der die gewaltige Harnstauung und die consecutive Dilatation und Hydronephrose verursachte; dann wird auf die schwer zu beantwortende Frage eingegangen: « Auf welche Weise konnte das Kind seine Harnblase leeren? » Zum Schlusse wird in der einschlagenden Litteratur Umschau gehalten.

Dr. M. Haffter, Weinfelden, Thurgau:

Zur Pathologie und Therapie der Appendicitis. Aus dem thurgauischen Kantonsspital zu Münsterlingen. Dirigierender Arzt: Dr. Conrad Brunner. Inaugural-Dissertation, 1900, Zürich. (Druck von J. Leemann, Zürich.)

I. klinischer Teil. 1. Kategorie: Akute Appendicitis mit lokalisiertem Prozess. Es werden 18 Fälle detailliert mitgeteilt; dann folgen sechs Fälle der Kategorie 2: Akute Appendicitis mit diffuser Ausbreitung im Peritonealsack. In einer dritten Kategorie werden sechs Beobachtungen von chronischer recidivierender Appendicitis angeführt.

M. Haffter resumiert die einzuschlagende *Therapie* folgendermassen:

« Patienten mit *akuter, diffuser Peritonitis* sollen, wenn die Patienten nicht schon moribund ankommen, sofort operiert werden. (Ileocæcalschnitt, Drainage); nur so kann eventuell noch der drohende Exitus vermieden werden.



Bei *akuter, lokalisierter Peritonitis* soll durch Bettruhe, strengste Diät, Opiumdarreichung per Clysma und lokaler Applikation von Kälte ein Rückgang des Prozesses angestrebt werden. Sowie aber Zeichen schwerer peritonitischer Reizung hinzutreten: Erbrechen, starke Pulsbeschleunigung, hohes, anhaltendes Fieber, trockene Zunge und besonders Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Unruhe oder Apathie neben beginnender sog. Facies abdominalis, dann soll operiert werden; man findet in solchen Fällen wohl stets einen Abscess, dessen Lage zwischen Leber und kleinem Becken allerdings sehr wechseln kann.

Ferner werden lokalisierte Prozesse, die nicht bedrohliche Erscheinungen machen, aber keine Neigung zur Spontanheilung zeigen, operiert.

Der Appendix soll nur entfernt werden, wo dies gelingt, ohne die Barrieren zu zerstören, mit denen die Natur den Krankheitsprozess abzuschliessen versucht hat.

Bei *chronischer, recidivierender Appendicitis* ist die Operation., d. h. die Aufsuchung und Resektion des Processus vermiformis, womöglich im anfallsfreiem Intervall vorzunehmen; die Technik richtet sich nach den lokalen Verhältnissen, denen man begegnet. Allen Personen, die *einen* Anfall von Appendicitis durchgemacht haben, ist die Radikaloperation im anfallsfreiem Stadium anzuraten, weil das erste Recidiv schon letal werden kann. »

II. *Pathologisch-anatomischer Teil.* H. erinnert an die Analogie der Schleimhautverhältnisse, welche zwischen Wurmfortsatz und übrigem Darmkanal einerseits und zwischen Tonsillen und Mundhöhle anderseits bestehen. (Angina processus vermiformis.) Der Zusammenhang von allgemeinen Darmkatarrhen mit der bestehenden Appendicitis kann sehr oft nachgewiesen werden. Die Kotstauung im Cæcum (der Kotpfropf der Stercoraltyphlitis) konnte niemals nachgewiesen werden etc.

III. *Bakteriologischer Teil.* Elf Mal wurde Bacterium coli commune allein und einmal Streptococcen gefunden; zweimal fiel das Resultat negativ aus. Als selteneren Befund konnte im Eiter der Diplococcus pneumoniæ nebst dem Bakterium coli nachgewiesen werden.

Anhang. Es werden noch sieben weitere Fälle mitgeteilt, die nicht uninteressante Abweichungen vom gewöhnlichen Krankheitsbilde darbieten.

Dr. H. KELLERHALS, Aarwangen, Bern:

Ueber den Wert der vaginalen Exstirpation des Uterus bei Carcinom. Bericht über 52 derartige Operationen, ausgeführt an der Bernerklinik vom 1. Januar 1893 bis 1. Juli 1898. Inaugural-Dissertation, 1899/1900, Bern. (Druck von H. R. Sauerländer & C°, Aarau.)

Von 160 Uteruscarcinomen wurden 52 Fälle operiert und zwar vaginal 49, abdominal und vaginal 3; es entspricht dies einem Prozentsatz von 32,5 %.

Operationsmethode. Genaue Untersuchung in Narkose, mit eventueller Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes (Austastung des Beckens). Die Untersuchungsnarkose wird jeweilen dazu benützt, die Vegetation abzutragen und die Ulcerationsfläche mit dem Thermocauter oder mit Acidum nitric. fumans zu verschorfen. Kommt es zur vaginalen Totalexstirpation, so wird sehr grosses Gewicht darauf gelegt, dass die ulcerierte Fläche der Portio nicht mit der Wundfläche in Berührung kommt. Die beiden Muttermundslippen werden mit Knopfnähten aus starker Seide übereinandergenäht. Zur Ligatur wird immer Catgut verwendet. Deschamps-Nadel. Die Adnexe werden, auch wenn selbe gesund zu sein scheinen, mitentfernt. Die Peritonealhöhle wird ausnahmslos offen gelassen. Die Tamponade wird gewöhnlich am achten oder zehnten Tag entfernt.

Mortalität. Von den 52 operierten Fällen starben im Anschluss an die Operation drei, zwei an Peritonitis und eine an Erschöpfung. Es ergibt sich also eine Mortalität von 5,7 %.

Complikationen. Maligne Adnextumoren; multiple Fibromyome des Corpus uteri; Carcinoma corporis uteri mit Ovarialtumor.

Nebenverletzungen bei der Operation sind fünf Mal vorgekommen. Eine Ureterfistel, zwei Mal Eröffnung der Blase und zwei Mal Eröffnung des Rectums.

Operationsresultate: Von den 52 Operierten starben an der Operation drei; sind seither gestorben, neun; waren nicht zu ermitteln, fünf; liegen Nachrichten vor von 31 Patientinnen. Die Operationserfolge können, was definitive Heilung anbelangt, nicht in Prozenten ausgedrückt werden; sicher ist, dass ungefähr die Hälfte der Fälle kürzere oder längere Zeit recidiv frei geblieben sind und dass von den andern auch eine grössere Anzahl durch relativ längere Zeit ohne Recidive blieben.

K. zieht aus diesen Erfahrungen die Schlüsse: « *dass die Operation der vaginalen Totalexstirpation des Uterus als relativ ungefährliche Operation in allen den Fällen gemacht werden kann, wo die Neubildung die Grenzen des Uterus noch nicht überschritten hat und dass dieselbe, wenn ihr nur diese Fälle reserviert bleiben, auch vor Recidiven ziemlich sichert. Man kann noch weiter gehen. Wenn auch die Operation nicht sicher vor Recidiven schützt, ist sie doch geeignet, in einer nicht geringen Anzahl von Fällen das Leben auf längere Zeit hinaus zu verlängern, da die Recidive doch manchmal ziemlich lang ausbleiben.*

Ist schon die Nachbarschaft des Uterus carcinomatös, so soll von einer Exstirpation per vaginum abgesehen werden, denn einerseits kommen dabei leicht gefährliche Nebenverletzungen vor, andererseits sind Recidive zu erwarten. Für solche Fälle kommt jedenfalls noch die Laparotomie in Frage, denn sie allein bietet noch die Möglichkeit, alles Krankhafte zu entfernen; ob die Hoffnung aber auch erfüllt wird, muss die weitere Erfahrung lehren. »

Folgt die tabellarische Zusammenstellung der 52 Fälle.

Dr. O. Klirikoff, Jaroslaw, Russland:

Eine statistische Studie über Ileus. Inaugural-Dissertation, Lausanne, 1900. (Buchdruckerei Constant Pache-Varidel, 1900.)

Die Anregung zu dieser Arbeit ging von Herrn Prof. Girard aus; das Material entstammt dem eidgenössischen statistischen Bureau (Direktor Dr. Guillome).

Am Schlusse der Arbeit werden die wichtigsten Thaten zusammengefasst:

1. Es sterben im Mittel jährlich in der Schweiz an Ileus 174 Personen (Männer 93, Frauen 81,4), oder monatlich 14.5 (Männl. Geschlechts 55, Frauen 6,80).

3. Auf je 340 Todesfälle kommt ein tödtlicher Ileusfall (bei Männern auf 324, bei Frauen auf je 356). Oder auf je 62 Sterbefälle an Erkrankungen der Verdauungsorgane kommt *ein* Fall von Ileus (bei Männern auf je 72, bei Frauen auf je 52).

3. *Die Krankheit ist bei Männern etwas häufiger als bei Frauen.*

4. Das Maximum der Sterblichkeit an Ileus fällt auf den August (Männer 50, Frauen 43), das Minimum auf Dezember (Männer 33, Frauen 23).

5. Im früheren Kindesalter (bis zum 5. Lebensjahre) und im späteren Alter (von 60 Jahren an), ist die relative Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern gleich. Die maximale Sterblichkeit fällt bei Männern auf das 5-19., bei Frauen auf das 40-50. Lebensjahr.

6. Schwere physische Arbeit prädisponiert keineswegs zu Erkrankungen an Ileus; letzterer ist im Gegenteil viel häufiger in Berufen, die eine sitzende Lebensweise und geringe körperliche Anstrengungen erfordern.

7. Es ist schwer eine scharfe Grenze zwischen dem mechanischen und adynamischen Ileus zu ziehen, da mechanische Momente zur Lähmung, resp. Parese des Darmes führen können und auf solche Weise das Bild des dynamischen Ileus hervorrufen. Umgekehrt können Schwächezustände des Darmes zu Koprostasen führen und mechanische Undurchgängigkeit des Darmes verursachen.

8. *Ileus kann entstehen nach Operationen, die den Darm selbst nicht tangieren* (reflektorisch vom Nervus Splanchnicus aus, vielleicht auch infolge von Narkose).

9. Chronische entzündliche Prozesse der Darmwand können zur vollständigen Verlegung des Darmlumens und zu Ileus führen.

10. *Bei Frauen ist Ileus infolge von innern Einklemmungen häufiger als bei Männern.*

Dr. A. Nadig:

Ueber Carcinommetastasen in beiden Ovarien. Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation 1900. (Druck: Art. Institut Orell-Füssli, Zürich.)

Am 21. Januar 1900 wurde im pathologischen Institut die Sektion einer 44-jährigen Frau vorgenommen, welche wenige Wochen vorher wegen linksseitigem Mammacarcinom operiert worden war; bei der Obduktion fand man das linke Ovarium etwas vergrössert und sehr uneben; an einer Stelle fühlte es sich sehr derb und fest an. Das rechte Ovarium war in geringerem Grade vergrössert, zeigte aber sonst makroskopisch

keine weiteren Veränderungen. Pathologisch anatomische Diagnose: Carcinoma mammæ, Carcinoma ovari sinistri et dextri. (Car. hepatis.)

Es gelang an Hand der mikroskopischen Untersuchung ein primäres Auftreten der Neoplasmen mit grosser Wahrscheinlichkeit auszuschliessen und darzuthun, dass man es mit Metastasen zu thun hat. Der Fall bleibt auch dadurch interessant, dass sich im ganzen Körper, mit Ausnahme vielleicht einiger kleiner Metastasen in der Leber, keine weiteren Metastasen finden als gerade in den beiden Ovarien, obwohl doch im allgemeinen diese Organe bei der Metastasenbildung keine hervorragende Rolle spielen.

Es wird die speziell einschlägige Litteratur zusammengestellt, die ein ziemlich spärliches Material aufweist.

Dass es sich im gegenwärtigen Falle um Metastasen des Mammacarcinoms in beiden Ovarien handelt, dafür sprechen folgende Thatsachen mit grosser Wahrscheinlichkeit:

1. *Die überall sich vorfindende scharfe Abgrenzung des krebsig erkrankten Gewebes gegenüber dem normalen Ovarialgewebe, was bei einem primär entstandenen Carcinom nicht, oder wenigstens in viel geringerem Masse der Fall sein würde.*

2. *Die Multiplizität der Krebsknoten in ein und demselben Ovarium und das deutlich ausgesprochene Wachstum der krebsigen Elemente in Lymph- und Blutcapillaren.*

3. *Grosse Uebereinstimmung der ganzen Zellanordnung mit derjenigen eines Mammacarcinoms.*

4. *Auftreten der Carcinome in beiden Ovarien.*

Dr. D. Nazlamoff, Genf: *

Schwangerschaft und **Enteroptose.** Grossesse et entéroptose. Inaugural-Dissertation, 1900. (Druck von Ch. Eggimann & C°, Genf.)

In einem ersten Kapitel folgen allgemeine Betrachtungen über die Statik des Abdomens und zwar *a)* normale Statik; *b)* abdominale Statik

* Siehe: Dr. Maillart: Ueber den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose. De l'influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose: pag. 41.

bei Enteroptose und *c)* abdominale Statik während der Schwangerschaft. In einem zweiten Kapitel wird die Behandlungsmethode der Enteroptosen angegeben, wie selbe von Dr. Maillart, aus dessen Privatklientele das Material stammt, geübt wird: Jeder Frau, mit Ptose behaftet, die vor dem Beginne der Schwangerschaft zur Untersuchung kam, wurde eine Glenard'sche Binde verordnet; selbe wird stets über dem Hemde getragen und zwar so, dass ihr oberer Rand mit den Spinæ anteriores superiores zusammenfällt. Die Binde wird vermittelst Schenkelriemen und seitlichen Bändern, die am Strumpfe befestigt werden, in der richtigen Lage erhalten. Sobald die Binde sich genügend der Form des Abdomens angepasst hatte, wurden die Schenkelriemen weggelassen. Das Korsett wird durch eine « Gestalt » mit Hosenträgern ersetzt, die so zugeschnitten ist, dass die Brüste frei bleiben. Das Epigastrium wird nirgends einem Drucke ausgesetzt; der untere Rand der « Gestalt » trägt Knöpfe zur Befestigung der Beinkleider und Röcke. Während der ersten vier Schwangerschaftsmonate wird diese Art der Bekleidung beibehalten; wenn dann die Glenard'sche Binde sich nicht mehr an den Körper anschmiegt, wird sie durch eine Umstandsbinde ersetzt, die bis zur Geburt getragen wird; zu gleicher Zeit wird die « Gestalt » seitlich gespalten und durch ein Schnürsystem (wie beim Corsett) deren Weite controlliert. Nach der Geburt wird von neuem die Glenard'sche Binde angelegt und selbe während mehrerer Monate getragen; während dieser Zeit wird auch successive das Schnürsystem der « Gestalt » angezogen und dient diese in vorzüglicher Weise als Ammen-Corsett.

Es folgen nun 14 detaillierte Krankengeschichten von ptosischen Kranken, die in der Folgezeit schwanger wurden, und vergleichshalber drei Beobachtungen von Schwangerschaft bei nicht ptosischen Frauen. Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich bezüglich des Körpergewichtes folgendes: *Bei den Nicht-Ptosischen sieht man nicht so konstant das Körpergewicht zunehmen, wie bei den Ptosischen.* Es folgt weiter ein interessantes Kapitel zur « Pathogenie » und schliesslich die Schlussfolgerungen die man bei Maillart, pag. 41, nachsehen möge.

———

Dr. Fr. PARAVICINI, Glarus

Einige neue Fälle von Stieldrehung bei Ovarialcysten. Inaugural-Dissertation 1900. Mitgeteilt aus dem Kantonsspital zu Liestal. (Mit einem Beitrag aus dem Kreisspital Oberengadin.) (Druck: Art. Institut Orell-Füssli, Zürich.)

Es handelt sich um einen sehr detaillierten Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage; des weiteren kommt Verfasser auf einige bisher noch wenig berührte ätiologische und differenzial-diagnostische Momente zu sprechen. Im Kantonsspital in Liestal (Dr. GELPKE) entfielen auf 22 Ovariotomien vier Fälle von Stieldrehung, ein weiterer mitgeteilter fünfter Fall (Dr. *Bernhard,* Samaden, Oberengadin) kommt auf elf Ovariotomien; es handelte sich um zwei Dermoide, zwei multiloculäre Cystome und eine einfache Cyste. In einem Falle stellte sich die Torsion während der « grossen Wäsche » ein; beim Posamenten, das zwei der Patientinnen als Beruf betreiben — eine davon machte noch besonders die Angabe, sie arbeite an einem sehr schweren « Webstuhl » — ist eine Bewegung des Rumpfes und des Oberkörpers erforderlich, die sich vom Morgen bis zum Abend in derselben Weise wiederholt. Der Tumor erfährt dabei ausser der räumlichen Lageänderung den Einfluss der rythmischen Aktion der Bauchpresse. P. steht nicht an, in diesen beiden Fällen die Stieltorsion als « Berufskrankheit » anzusehen. Beide Patientinnen waren Nulliparæ mit kräftiger Bauchmuskulatur und nannten keine besondere direkte Ursache ihrer Affektion, die sich bei beiden offenbar nach und nach im Laufe einer längeren Zeit entwickelt hat; denn Beschwerden gingen ja der Operation schon jahrelang voran. Da muss man wohl an ein ätiologisches Agens denken, dessen Wirksamkeit sich ebenfalls auf eine längere Zeit verteilte und das wäre eben die berufliche Thätigkeit. Es wurde erst lange nach Auftreten der auf Stieltorsion hinweisenden Krankheitssymptome operiert, trotzdem erwies sich in zwei Fällen der Cysteninhalt als steril; in einem dritten Falle war er dick, schwarz, in einzelnen Hohlräumen flüssig und blutig tingiert, aber nicht eitrig; in einem weiteren und vierten Falle trat trotz eines reichlichen Ergusses in die Bauchhöhle keine peritoneale Reaktion ein. Als Complikation wurde einmal Ileus beobachtet. Es folgt die Symptomatologie der sogenannten « Schulfälle »: « Plötzlich einsetzende, heftige,

kolikartige Schmerzen. » Sehr häufig sind die Erscheinungen aber lange nicht so frappierend und aufregend; oder es gehen wenigstens der endgültigen ärztlichen Hülfe und operativen Eingriff erfordernden Torsion weniger stürmische Prodromalsymptome voran, die auf successive Drehungen mit oder ohne jeweilige Reposition zurückzuführen sind. In drei Fällen handelte es sich offenbar um Torsionen, die sich nach und nach entwickelten, ruckweise in mehreren, weit auseinanderliegenden Zeitabschnitten, peritonitische Symptome hervorrufend.

In *differenzialdiagnostischer Hinsicht* macht P. hauptsächlich auf die Perityphlitis aufmerksam. In zwei Fällen war Perityphlitis diagnostiziert und eine antiphlogistische Therapie eingeleitet worden. In einem dieser Fälle konnte die Diagnose bei genauerer Untersuchung im Spital berichtigt werden, beim andern gab erst die Probelaparotomie über den Irrtum Aufschluss. Bezüglich der Therapie ist zu sagen, dass die Punktion temporär Erleichterung schaffen kann; sie ist aber nicht ganz unbedenklich und dabei kein eigentlich heilender Eingriff; immerhin hat Dr. *Gelpke,* der dirigierende Arzt des Kantonsspitals in Liestal, wegen Operationsverweigerung einmal eine Punktion vorgenommen, die blutig-gallertigen Cysteninhalt zu Tage förderte. Die Erscheinungen gingen daraufhin zurück; die Frau ist gesund geblieben und hat mehrere Geburten durchgemacht. Sichern Erfolg verspricht indessen in den meisten Fällen einzig und allein die Ovariektomie.

Die fünf Fälle (vier von Gelpke und einer von Bernhard) werden zum Schlusse noch in Tabellenform zusammengestellt, sowie zwei weitere Beobachtungen noch kurz erwähnt.

Dr. S. Razskazow, Orel, Russland:

Castration bei Uterusfibromen. La castration pour les fibromyomes utérins. Inaugural-Dissertation. Lausanne 1900. (Druckerei Adrien Borgeaud.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung folgt ein Kapitel, das die verschiedenen, gegen die Uterusfibrome in Anwendung gebrachten Verfahren behandelt; dann werden 22 hiehergehörige Fälle der *Roux*'schen Klinik detailliert mitgeteilt und zum Schlusse folgende Sätze aufgestellt:

1. *Die Castration hat keine andauernden ungünstigen Einflüsse auf das Nervensystem zur Folge. — Die postoperativen Störungen sind geringfügiger Natur und vorübergehend.*

2. *Wird die Castration ausgeführt, um die Menopause künstlich herbeizuführen, d. h. um Blutungen, Schmerzen und Einklemmungserscheinungen zum Verschwinden zu bringen, so ist sie eine wirksame Operation, leicht auszuführen und weniger gefährlich als die Radikale-Exstirpation des Uterus.*

3. *Die Castration giebt bezüglich des Verschwindens und Kleinerwerdens von Fibromen ausgezeichnete Resultate.*

4. *Die Castration sollte jedesmal dann vorgeschlagen werden, wenn es sich um eine ältere Frau handelt und wenn ein radikaleres Verfahren nicht durch das Volumen der Geschwulst noch durch Complikationen angezeigt erscheint.*

——— ———

Dr. W. Regez, Erlenbach:

Cœliotomia vaginalis posterior. Aus der Universitätsfrauenklinik Bern. Inaugural-Dissertation 1899-1900. (Druck von Neukomm & Zimmermann, Bern.)

An Hand von 28 einschlagenden Beobachtungen aus der P. Müller'schen Klinik kommt Verfasser zu folgenden operativen Indikationen bezüglich der Cœliotomia vaginalis posterior:

1. *Exsudat- resp. Eiter- und Blutansammlungen hinter oder neben dem Uterus (peri- und parametritische Exsudate und Hæmatocelen).*

2. *Extrauteringraviditäten in den ersten Monaten der Schwangerschaft, wenn der Fruchtsack vom hintern Scheidengewölbe aus leicht zu erreichen ist.*

3. *Kleine, bewegliche, nicht maligne Ovarialtumoren, im Douglas gelegen oder leicht dorthin zu drängen; und grosse, cystische, nicht verwachsene Ovarialtumoren.*

4. *Adnexerkrankungen, bei denen die erkrankten Adnexe dem hinteren Scheidengewölbe aufliegen oder sich leicht in den Douglas drängen lassen und keine Verwachsungen mit der seitlichen Beckenwand und dem Rectum eingegangen sind; bei Pyosalpinx ist die Laparotomie vorzuziehen.*



5. *Gynækologische, im Douglas sich abspielende Fälle, bei denen eine genaue Diagnose ohne probeweise Eröffnung der Bauchhöhle nicht möglich ist; ferner die Fälle, bei denen wegen Infektions- oder Blutungsgefahr die Bauchhöhle drainiert resp. tamponiert werden muss.*

Folgt die tabellarische Zusammenstellung der 28 Fälle.

Dr. A. Schröders, Moskau:

Chirurgische Operationen während der Gravidität. (Inaugural-Dissertation aus der chirurgischen Klinik der Universität Zürich. 1900.)

Es folgt zuerst eine litterarische Zusammenstellung der « chirurgischen Operationen während der Gravidität » im engern Sinne, als Ovariotomie, Myomotomie, konservativer Kaiserschnitt. Porro-Operation, Operation bei Cervixcarcinom; totale Exstirpation des Uterus; dann folgen die aus der Litteratur zusammengestellten Fälle von chirurgischen Operationen im engeren Sinne, als: Operationen an den äusseren Genitalien, Operationen an dem Genitalapparat ferngelegenen Teilen des Körpers: akute Eiterungen in der Bauchhöhle, Appendicitisoperation; Milzexstirpation, Eingriffe an den Brustdrüsen; Operation incarcerierter Hernien, Lithotomien, Cholecystektomien, Resektion, Exartikulationen, Tracheotomien, Strumectomien. Endlich folgen die an der *Krönlein*'schen Klinik während der Schwangerschaft ausgeführten Operationen, als 5 Strumectomien; 1 Resectio pylori wegen Carcinom, 1 Herniotomia mit Resectio intestini wegen Hernia cruralis incarcerata; 1 Probelaparotomie bei Ascites; Incisiones bei Mediastinitis; 1 Nephrectomie wegen cystischem Tumor der Niere und 1 Rippenresection mit Pleurotomie.

Sch. hält die chirurgische Intervention während der Gravidität geboten:

1. Bei *Indicatio vitalis* — sofern die das Leben direkt bedrohende Krankheit operativ gehoben werden kann — (Erstickungsnot, Ileus, raumverengende Tumoren oder Ergüsse in abdomine u. s. w.).

2. *Zur Beseitigung gefährlicher Geburtshindernisse.*

3. *Bei allen Fällen, wo das Hinausschieben der Operation bis nach dem Puerperium den Zustand der Mutter wesentlich verschlechtern würde,* — wie bei malignen Tumoren, acuten Eiterungen u. s. w.

4. *Zur Erreichung einer günstigen Prognose für das Wochenbett,* — wie bei Ovarialcysten. Myomen.

5. *Zur Beseitigung sehr lästiger Zustände der Mutter, ohne direkte Lebensgefahr,* — wie Schmerzen, Unbehagen u. s. w.

Dr. R. Schnyder, Balsthal*:

Ueber den Mechanismus und die Therapie der Gebärmutter- und Scheidenrisse. (Inaugural-Dissertation der h. med. Fakultät der Universität Zürich vorgelegt, 1900.)

Die Arbeit von Schnyder beansprucht mit Recht ein grosses Interesse, da sie uns Fälle aus der Landpraxis bringt. Sch. hat innerhalb 8 Jahren 4 eigene Fälle beobachtet und im Kreise bekannter Collegen von noch mehr als einem Dutzend Fällen Kenntnis erhalten (innert ca. 20 Jahren). Die Häufigkeit der Ruptur ist also eine bedeutend grössere als man im allgemeinen anzunehmen scheint. Dieses Faktum legt die Notwendigkeit nahe, dass der praktische Arzt mit der Actiologie der Ruptur und den drohenden Symptomen absolut vertraut sei.

Es werden zuerst neun Fälle detailliert wiedergegeben und epikritisch besprochen. Verfasser kommt dann zu folgender *Zusammenfassung:*

«Der Mechanismus der Uterusruptur, wie ihn Bandl** aufgestellt hat, (das Gebärorgan, das oben bei der Geburtsthätigkeit anatomisch fixiert ist, muss auch nach unten eine Fixation erfahren, um eine Ruptur zu ermöglichen), erhält die Modifikation, dass die Fixation des Uterus nach unten als Vorbedingung der Zerreissung nicht aufrecht erhalten werden kann.

Vorbedingung jeder spontanen Uterusruptur ist die Hemmung (bestehend aus mechanischem Widerstand und Passivität der Cervix), welche einen Teil des Dehnungsschlauches hindert, an der zum Durch-

* *Anmerk. des Ref.:* Es handelt sich um eine ganz vorzügliche Arbeit, die es wohl wert wäre, als Separatabdruck im Buchhandel zu erscheinen, um so zu Nutz und Frommen der bedrohten Mütter jedem Arzt leicht zugänglich zu sein.

Es wäre überhaupt zu wünschen, dass die prakt. Aerzte häufiger ihre oft äusserst interessanten casuistischen Beiträge der Oeffentlichkeit übergeben würden, um so auch ihr Schärflein zum Ausbau der Geburtshülfe beizutragen!

** Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. 1875. Wien.

tritt der Frucht notwendigen Dehnung teilzunehmen. Der darüber oder naheliegende Teil des Dehnungsschlauches erfährt infolge dessen eine Ueberdehnung und rupturiert.

A. Wenn bei günstigen Dehnungsverhältnissen keine Hemmung eintritt, zerreisst nicht der Uterus, sondern das Scheidengewölbe.

B. Bei ungünstigen Dehnungsverhältnissen tritt Hemmung vorzüglich ein:

1. Bei Einklemmung der Muttermundslippen zwischen Kopf und Becken.

2. Durch abnormen Widerstand des Muttermundringes.

3. In seltenen Fällen ist die Dehnungshemmung eine relative, indem der Dehnungsschlauch schon durch den normalen Eröffnungswiderstand an seiner Elastizitätsgrenze anlangt und rupturiert.

C. Durch frühere Cervixrisse wird bei spätern Geburten eine Hemmung der Cervixdehnung in vorwiegend horizontaler (zirkulärer) Richtung bedingt. Dadurch entsteht die Vorbedingung zu einem Längsriss, der zu einer nach oben perforierenden Ruptur führen kann.

Bezüglich der *Therapie* herrscht noch wenig Einigkeit. — Die prädisponierenden Momente haben für den Praktiker untergeordnete Bedeutung, da sich ihm dieselben meist erst nach der Catastrophe offenbaren; die mechanischen Faktoren dagegen sind für ihn von grosser Wichtigkeit. Sch. steht auf dem Schröder'schen Standpunkt, der dahin geht, selbst bei lebendem Kinde, wenn sich ein Zangenversuch als fruchtlos erwiesen, mit der Perforation nicht zu zögern; drei detailliert mitgeteilte Fälle illustrieren aufs Beste die Richtigkeit der Schröder'schen Anschauungen. Betreffs der Wendung wird es im allgemeinen nicht schwierig sein, den Zeitpunkt zu bestimmen. Wendung und Zange schliessen sich in der Regel aus. *Eine Wendung bei Schädellage wird immer schwierig und gefährlich sein, wenn nach Abfluss des Fruchtwassers stundenlange Wehenarbeit stattgehabt hat. Gänzlich zu verwerfen ist sie, wenn die Wehenpausen nicht mehr schmerzfrei sind und bei Druckempfindlichkeit der untern Uterusgegend. Hier ist die Perforation auszuführen.*

Bei Querlagen wird in der Praxis jedenfalls am meisten gesündigt. Ein Wendungsversuch wäre höchstens gerechtfertigt bei lebender Frucht. Steht der Contraktionsring schon 3—4 Finger breit über der Symphyse, sind sogar schon Anzeichen von Spannung der Scheide bemerkbar, so setzen wir bei einem Wendungsversuch das Leben der Mutter aufs Spiel und dürfen daher nur noch an eine Embryotomie

denken; diese kann aber, wie Sch. selbst erfahren, absolut unmöglich werden; dann muss die möglichst rasche sectio cæsarea ausgeführt werden.

Die *Symptome* der eingetretenen Uterusruptur sind im allgemeinen so in die Augen springende, dass ein Zweifel in der Diagnose selten bestehen wird. Wurde die Zerreissung nicht vor der Geburt der Frucht entdeckt, so führt bisweilen die Retention der Placenta zur Aufklärung der Situation.

Zum Schlusse modifiziert SCHNYDER die von H. FRITSCH auf dem deutschen Gynaekologenkongress in Wien (1895) vorgelegten Thesen folgendermassen: «*Ist das Kind teilweise im Uterus und teilweise in der Bauchhöhle, so wird nur p. v. n. extrahiert, wenn der vorliegende Teil feststeht und die Laparotomie zum Zwecke der Rissnaht und Bauchhöhlenreinigung angeschlossen. Nur bei einem tiefsitzenden Riss, der Garantie für natürliche Bauchhöhlendrainage bietet (z. B. bei zirkulärem oder Fornix-Riss), könnte bei geringer Blutung die Laparotomie vermieden werden und auch die Extraction per vias naturales mit nachfolgender Drainage erfolgen.*

«*Ausspülung der Vagina oder vaginale Ausspülungen der Peritonealhöhle dürfen nur mit auf Körpertemperatur erwärmten aseptischen Flüssigkeiten (am besten Kochsalzlösung) gemacht werden, werden aber besser unterlassen.*

Die Porro'sche Operation ist auch für den atonischen Uterus indiziert.

Dr. Felix WEBER, Netstall, Glarus*:

Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Nierentumoren im Kindesalter.
Aus dem Zürcher Kinderspital. Inaugural-Dissertation, Zürich, 1899/1900.
(Druck von Hürlimann & Fischer, Oberdorfstrasse, Zürich.)

Verfasser teilt aus dem Zürcher-Kinderspital acht Fälle von Nierentumoren detailliert mit und zieht aus den Krankengeschichten folgende Schlüsse:

* *Anmerkung des Referenten.* Meiner Ansicht nach handelt es sich hier um eine Arbeit aus dem Grenzgebiete der Gynäkologie; um eine Arbeit, die der Frauenarzt, sowohl was die Erkrankung selbst anbetrifft, kennen, als auch der Differenzial-Diagnose wegen würdigen muss.



1. Vier Mal handelt es sich um Neoplasmen der Niere und zwar stets um *Sarcome,* drei Mal um Spindelzellensarcome, ein Mal um ein kleinzelliges Rundzellensarcom. Das Alter der betreffenden Patienten schwankt zwischen 11 Monaten und 4 Jahren, *zwei davon sind Mädchen, zwei Knaben.* Drei Mal ist die linke, ein Mal die rechte Seite befallen. Der Verlauf schwankt zwischen ein bis acht Monaten. Alle Beobachtungen enden tötlich, drei Mal im Anschluss an die vorgenommene Operation, durch die man, als letztes Rettungsmittel, gehofft hatte den funesten Ausgang zu verhüten, ein Mal als natürlicher Ausgang der Krankheit.

2. Ein Mal ist die Tumorbildung durch *Hydronephrose* bedingt. Die Affektion ist *congenital* und sitzt rechterseits; sie betrifft *ein Mädchen von 10 Jahren.* Eine vorgenommene Exstirpation des Sackes bedingt völlige, andauernde Heilung.

3. Ein Mal liegt eine *Nierencyste* vor. Dieselbe ist auch *congenital,* ebenfalls rechts gelegen; sie ist vereitert, wahrscheinlich im Anschluss an eine Pyelitis. Der Fall endet unerwartet rasch durch Collaps tötlich. Es handelt sich um *ein Mädchen von 6 $^{1}/_{2}$ Monaten.*

4. Zwei Mal endlich haben wir es mit rechtsseitiger *Paranephritis* zu thun. Dieselbe ist das eine Mal wahrscheinlich primär und ziemlich akut. Das andere Mal sekundär im Gefolge von Nephrolithiasis und mehr chronisch. Beide Fälle betreffen *Knaben und zwar im Alter von 13 und 16 Jahren.* In beiden Beobachtungen wird mit gutem Erfolg operativ vorgegangen. In einem Fall genügt die blosse Entleerung des Abscesses und der Nierensteine durch eine Incision, im anderen Fall wird danach noch die Nephrectomie notwendig.

Dr. Jost Wichser, Balsthal:

Ueber Urnierreste in den Adnexen des menschlichen Uterus. Aus dem anatomischen Institut der Universität Zürich. Inaugural-Dissertation, Zürich, 1899/1900. (Druck von Ed. Leemann, Zürich.)

Es wurden untersucht:

1. Das rechte Ovarium eines Embryo im 7. Schwangerschaftsmonat von der Länge von 34 cm.

2. Das linke Ovarium desselben Embryo.

3. Das rechte Ovarium eines menschlichen Embryo aus dem 10. Schwangerschaftsmonat von 46 cm. Länge.

4. Das linke Ovarium desselben Embryo.

5. Das rechte Ovarium eines ca. 2-jährigen Kindes.

6. Schnitte aus dem Ovarium eines 14-jährigen Mädchens.

Aus den Untersuchungen geht hervor, dass sich beim Menschen Urnierenreste in drei Formen, an drei verschiedenen Stellen in der Umgebung des Ovarium erhalten können. Die grösste Ausbildung und die längste Dauer der Erhaltung kommt dem Epoophoron zu, das parallel dem Wachstum des Ovariums an absoluter Grösse zunimmt.

Eine geringere Ausdehnung und frühzeitige Rückbildung erhält der eigentliche Urnierenteil der Anlage, dessen Reste wir in Form von Kanälchen gelegentlich im Winkel zwischen Mesovarium und Hauptplatte des Ligamentum latum finden, das Paroophoron.

Ein dritter Ort endlich, an welchem Urnierenreste sich erhalten und eventuell weiter wuchern können, liegt im Ovarium selbst, in dessen Marksubstanz. Allem Anscheine nach geht dieser Abschnitt ebenfalls aus einem Glomeruli enthaltenden Abschnitt der Urniere hervor und kann, wie das Paroophoron, in sehr verschiedener Grösse persistieren.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass man bei Neubildungen und Cysten, vielleicht auch bei manchen Formen von Teratomen an den beschriebenen Punkten die Möglichkeit der Entstehung aus einem der genannten Urnierenreste in Berücksichtigung ziehen muss.

Die Markstränge des Ovariums sind zum Teil Sprossen des Grundstranges, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass vollständig markstrangähnliche Gebilde auch vom Keimepithel aus in das Ovarialmark einwuchern und zur Ei- und Follikelbildung Anlass geben können.

Die Hauptmasse der Follikel entsteht, was Epithel und Ei anbetrifft, aus dem Keimepithel der ganzen Ovarialoberfläche.

Der Prozess der Eibildung erhält sich in stark verminderter Intensi-

Bemerkung des Ref. Die Publikation von WICHSER gewinnt ein grösseres aktuelles Interesse durch die Arbeit von BANDLER: Die Dermoidcysten des Ovariums, ihre Abkunft von dem Wolff'schen Körper. Archiv für Gynäkologie. Bd. LXI, Nr. 3.

Bandler sucht durch eigene und fremde Untersuchungen die Lehre von der einheitlichen Genese der Dermoidcysten von der Urniere zu stützen; des weitern sucht er die von WILMS und PFANNENSTIEL begründete Lehre von der Abstammung der Dermoide und Teratome des Hodens und Eierstocks von der Geschlechtszelle umzustossen

tät noch beim Menschen mindestens in den ersten zwei Lebensjahren an den dem ligamentum latum zugekehrten Rändern des Ovariums.

Dr. A. ZIMMERMANN, Kaiserstuhl, Aargau:

Ueber Operation und Erfolge der Dickdarm-Resektion wegen Carcinom.
Aus der Zürcher chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Krönlein. Inaugural-Dissertation, Zürich, 1900. (Laupp'sche Buchhandlung, Tübingen.)

Symptome: Das Leiden beginnt gewöhnlich mit unangenehmen Sensationen im Bauche, Auftreibung des Leibes, Stuhlunregelmässigkeit (Obstipation), Erbrechen (nicht besonders qualvoll), Appetitlosigkeit; in weiter vorgeschrittenem Stadium der Krankheit treten noch neue Beschwerden hinzu: die Darmverengerung (Obstruktionsattacken) und schliesslich das typische Bild des Ileus; das Bild der Enterostenose wird von Tag zu Tag immer deutlicher; dazu kommen noch zwei weitere Symptome, die für die Diagnose von grosser Wichtigkeit sind 1. das Verhalten und die Beschaffenheit der Stuhlentleerung und 2. der Nachweis eines Tumors.

Ad. 1. Stuhl bandförmig, platt gepresst oder dünn cylindrisch oder ziegenkotähnlich. Beimengungen von Blut und Schleim.

Ad. 2. Es handelt sich meist um ein hartes, höckeriges Gebilde, dessen Grösse vom kaum Fühlbaren bis zum Umfange einer Faust oder eines Kindkopfes schwankt, so dass er oft die Bauchwand an der betreffenden Stelle vorwölbt, meistens druckempfindlich.

Ein weiteres Symptom ist zunehmende Kachexie, dann Oedeme der Beine und Ascites, Fœtor exexore, stark belegte Zunge, grosses Durstgefühl.

Die Symptomatologie kann aber wie einige mitgeteilte Fälle aus der KRÖNLEIN'schen Klinik beweisen, durch den Sitz des Tumors modifiziert werden; sitzt derselbe im Cæcum, so kann im Beginn und auch im weitern Verlauf der Krankheit das Krankheitsbild der *Typhlitis* und *Perityphlitis* vorgetäuscht werden. KÖRTE wies auf Grund eigener Erfahrung darauf ein, dass die Tumoren in der Ileocæcalgegend grosse Neigung zur Abscedierung haben.

Die Prognose wird im allgemeinen immer noch als sehr schlecht bezeichnet.

Technik der Operation, die Prof. Krönlein befolgt: Streng aseptische Operation, ohne Anwendung irgend welcher Spülflüssigkeit. Aether-Narkose. Anlegung des Bauchschnittes an jener Stelle, welche am geeignetsten erscheint. Nach Eröffnung der Bauchdecken werden die Peritonealränder an die Hautränder vermittelst spitzer Schieber fixiert; event. vorhandene Adhæsionen werden gelöst und der zu resecierende Darmteil entsprechend seiner Mobilität vor die Bauchdecken gezogen und auf sterile Kompressen gelagert. Abklemmung des zu- und abführenden Darmrohrs vermittelst der Wölfer'schen Darmkompressorien und schrittweise Durchtrennung des Mesenteriums; eventuelle dreieckförmige Resektion; Tumor wird nun ober- und unterhalb mit kräftigen Klemmzangen abgeklemmt und innerhalb der vorher angelegten Wölfler'schen Kompressorien der Darm mit einem Scherenschlage durchschnitten. Desinfektion der Darmwundränder mit Sublimat und direkte Vereinigung der Resektionsenden: axiale oder seitliche Implantation. Mesenterialspalt wird vernäht. Innere Ringnaht (alle drei Schichten werden gefasst) äussere Serosa-Muscularis-Naht: fortlaufende Seidennaht. Entfernung der Wölfler'schen Klammern. Die Senn'sche Anastomosenbildung durch entkalkte Knorpelplatten oder der Murphyknopf wurde bei den 12 mitgeteilten Fällen niemals verwendet, da Prof. Krönlein sich lieber auf seine Naht verlässt. Definitiver Verschluss der Bauchhöhle.

Folgt die tabellarische und dann eine sehr detaillierte Zusammenstellung der 12 Krankengeschichten.

III.

Mitteilungen aus der Praxis.

Dr. A. Eugster, Oerlikon:

Grosses Kind. (Correspondenzblatt für Schweizerärzte. Nr. 19, pag. 601. 1900.)

Am 1. Oktober hat Dr. E. ein Kind mit der Zange entwickelt, das 7250 gr. schwer war. Das Kind war 57 cm. lang; der Brustumfang betrug 43 cm., die Schulterdistanz 16 cm. und der Kopfumfang 39,5 cm. Am Kopfe betrug die Entfernung von Glabella zum Hinterhaupt 15 cm., vom Kinn zur Scheitelhöhe 15 cm. und der grösste Querdurchmesser mass 13 cm. Die Geburt hätte Mitte September erfolgen sollen.

Dr. M. Lassueur, Lausanne:

Zwei Fälle von accessorischen Brustdrüsen. Deux cas de glandes mammaires accessoires. (Revue médicale de la Suisse romande. Nr. 8, pag. 435. 1900.)

Die beiden Fälle stammen aus der Rapin'schen Klinik in Lausanne; es handelt sich nicht um typische Exemplare von *Polymastie,* denn Ausführungsgänge auf die Körperoberfläche fehlen; der eine der Fälle ist aber äusserst interessant wegen seiner Coincidenz mit Zwillingsschwangerschaft.

1. Fall. 26-jährige Erstgebärende. Zwillingsschwangerschaft; drei Tage nach der Geburt in den beiden Achselhöhlen eigrosse, nicht schmerz-

hafte Tumoren, die beim Stillen an Volumen abnahmen (siehe beigegebene Abbildungen). Ein Zusammenhang mit der Hauptdrüse konnte vermittelst Palpation (Stiel) nicht ermittelt werden; doch besteht kein Zweifel darüber, dass ein solcher thatsächlich besteht.



Fig. 23.

Accessorische Brustdrüse vor dem Stillen.

2. Fall. 25-jährige Mehrgebärende. Will die (Achsel-) Drüsen zuerst im achten Monat der ersten Schwangerschaft beobachtet haben (Dez. 1894); selbe sollen die Grösse einer Haselnuss gehabt haben und erst am dritten Wochenbettstage an Volumen zugenommen haben. Während des zwölfmonatlichen Stillungsgeschäftes variierten die accessorischen Brustdrüsen täglich, je nachdem dem Kinde die Brust gereicht oder nicht gereicht worden war. Nach der Entwöhnung gingen die Drüsen wieder auf Haselnussgrösse zurück, um erst am dritten Wochenbettstage der zweiten Geburt wieder anzuschwellen; dasselbe wiederholte

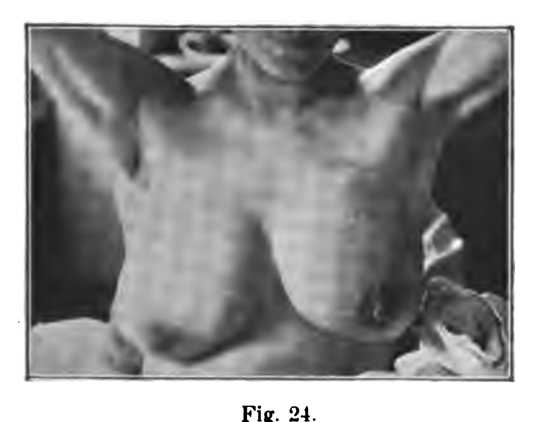


Fig. 24.

Dasselbe nach dem Stillen.

sich in ähnlicher Weise noch dreimal, das heisst das letzte Mal am 23. Juli 1900.

Dr. H. Naegeli, Rüthi, Ktn. St. Gallen:

Aseptische Handschuhe und praktischer Arzt. (Therapeutische Monatshefte. Heft 10, Oktober 1900.)

Für den praktischen Arzt ist die *Asepsis* im allgemeinen *nur für die Instrumente* durchführbar; für den Arzt selbst muss die Antisepsis immer noch die Hauptrolle spielen. Bei Gebrauch des Handschuhes (in der Geburtshülfe) ist eben doch immer ein Fremdkörper zwischen den Hautpapillen und dem zu explorierenden Gegenstand; ein Fremdkörper, der das genaue Gefühl verhindert. Mit der rein antiseptischen Methode hatte N. bei mehr als 30 Placentarlösungen kein Fieber zu konstatieren. Wenn der Arzt daran gewöhnt ist, nach jeder Consultation sich die Hände zu waschen und für möglichste Glätte und Intaktheit der Haut zu sorgen. so wird entschieden mehr für die Asepsis gesorgt, als mit Hülfe der *unpraktischen Gummihandschuhe.*

Prof. Jaques L. Reverdin, Genf:

Zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln geheilt vermittelst Spaltung der Blasenscheidenwand. (Revue médicale de la Suisse romande. Nr. 9, pag. 475. 1900.)

Es handelt sich um zwei Blasenscheidenfisteln, die nach schwierigen Entbindungen beobachtet worden waren; die Fisteln wurden am Fistelrande angefrischt, hierauf die Scheide von der Blase getrennt, letztere mit Catgut vernäht und die Scheidenöffnung durch Seide geschlossen. Dauerkatheter in die Blase.

Die Methode der Spaltung der Blasenscheidenwand hat vor der alten sogenannten amerikanischen Methode (direkte Anfrischung der Fistelränder) grosse Vorzüge; sie ist alten Datums, wurde aber im Jahre 1896 neuerdings von Ricard auf dem französischen Chirurgen-Congress empfohlen; auch Sänger, Fritsch, Mackenrodt, Walcher und Fenomenoff empfehlen selbe.

IV.

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.

---

58. VERSAMMLUNG DES ÄRZTLICHEN CENTRALVEREINS IN OLTEN.

Prof. P. MÜLLER:

Ueber die Anwendung der Gummihandschuhe in der Geburtshülfe.

(Correspondenzblatt für Schweizerärzte. Nr. 1, 1900, pag. 16.)

Der Vortragende hat die Gummihandschuhe seit $1^{1}/_{2}$ Jahren nicht nur angewendet, weil er den Gebrauch derselben für rationell hielt, sondern weil er wegen einer, wahrscheinlich durch übermässige Desinfektion bedingten Affektion der rechten Hand hiezu gezwungen war. Der wichtigste Vorwurf, den man diesen Handschuhen gemacht, war der, dass das feine Gefühl der Fingerspitzen vermindert werde. Das ist jedoch keineswegs der Fall.

Der Gebrauch dieser Gummihandschuhe in der Geburtshülfe erscheint indiziert zu sein:

1. In Fällen, wo rasch eingegriffen werden muss und der Arzt nicht Zeit hat, eine gründliche Desinfektion seiner Hände vorzunehmen, z. B. bei starken Blutungen, bei Placenta prævia oder Placentarlösungen.

2. Bei geburtshülflichen Hülfeleistungen unmittelbar nach Beschäftigung mit septischen Stoffen, da hier oft eine gründliche Desinfektion nicht genügend ist. Als Beispiel diene: nach Untersuchung von jauchenden Carcinomen, nach Rectalexplorationen, nach Eröffnung jauchiger Abscesse

oder nach Vornahme von Sektionen, nach Untersuchung von Puerperalfieberfällen.

3. Noch besser scheint es zu sein, wenn in allen den unter 2 angeführten Fällen schon prophylactisch die Handschuhe in Anwendung gezogen werden, wodurch von vorneherein einem « Septischwerden » der Hände vorgebeugt wird. Zur grösseren Vorsicht kann man sich ja zu diesen Zwecken besonderer Handschuhe bedienen.

4. Soll man von denselben Gebrauch machen, wenn die Hand wegen Rissen und Sprüngen in der Epidermis oder bei Epidermiswucherungen nicht gründlich desinfiziert werden kann oder in Notfällen auch, wenn entzündliche Prozesse der Hautdrüsen im Anzuge begriffen sind, von wo aus leicht eine septische Infektion stattfinden kann.

5. Ist der Gebrauch der Handschuhe indiziert, auch im Interesse des Arztes selbst, um sich vor Infektion zu schützen, wenn er gezwungen ist, einzugreifen, wenn an seiner Hand Verletzungen sich zeigen.

Vortragender stellt diese Indikationen auf, weniger für die Spitalpraxis oder die Klinik, als für den alleinstehenden Arzt, der jeden Augenblick bereit sein muss, mit den verschiedenen Zweigen der Medizin sich zu befassen.

Diskussion:

Dr. Conrad Brunner, Münsterlingen: hält dafür, dass der Vorteil der Handschuhe, sowohl in der Geburtshülfe wie in der Chirurgie, unterschätzt worden ist. Er lässt die Indikationen, welche Herr Prof. Müller aufgestellt, gelten, weist aber darauf hin, dass auch die mit sterilen Gummihandschuhen bewaffnete Hand den Uterus meist nicht steril erreicht.

Prof. Kocher: Die absolute Desinfektion der Hand ist nun einmal unmöglich. Er desinfiziert seine Hände nach Fürbringer'scher Methode unter Weglassung des Sublimates. Die Gummihandschuhe sind zu empfehlen zum Schutze der Hand vor Infektion bei septischen Affektionen. Am besten wäre es vielleicht, wenn man immer Handschuhe tragen würde und sie nur ausziehen würde zum Operieren.

Prof. P. Müller: hebt hervor, dass es in der That am besten wäre, bei infizierten Wunden Handschuhe anzuziehen, um die Hände zu schonen. Der praktische Arzt, der seine Hände schwerer vor Infektion bewahren kann, als der Kliniker und Spitalarzt, thut gut, die Asepsis der Hand durch den Gummihandschuh zu garantieren.

Prof. Krönlein: Die Frage der Händedesinfektion trägt den Stempel der Individualität. Jeder muss sich eben desinfizieren, wie es seine Haut verträgt. Er verträgt Sublimat sehr gut und hat deshalb noch keine Handschuhe verwendet. Gegen die Handschuhe spricht der Umstand, dass durch sie ein Plus in den schon so komplizierten Apparat, der bei jeder Operation angewendet wird, hineingebracht wird. Vereinfachung aber nur kann als Fortschritt gelten.

(Auszug aus dem Referat des Herrn Dr. C. Arnd, Bern.)

Dr. Hæberlin, Zürich:

Der heutige Stand der Salzwasserinfusionen. (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 2, 1900, pag. 50. — Münchener med. Wochenschrift. 9. Januar 1899.)

In der Einleitung wird der rege Anteil der schweizerischen Autoren an der Entwicklung der Infusion erwähnt.

Indiziert sind die Infusionen:

1. Bei akuten Anämien chirurgischer und geburtshülflicher Provenienz;
2. bei Intoxikationen und Infektionen.

Contraindiziert sind die Infusionen:

Bei Herzinsufficienz und Cyanose, Lungenœdem und hochgradigem Hydrops bei Nephritis.

Injektionsflüssigkeit: Als Basis dient die schon von Kronecker anempfohlene 0,75 %ige Kochsalzlösung, welcher noch andere Substanzen beigemischt werden können. In neuester Zeit wurde von Schücking nach Versuchen im Berner physiologischen Laboratorium ein Zusatz von 0,3-1,0 (am besten 0,4) Natr. saccharat auf 1 Liter empfohlen.

Instrumentarium: Da der Transport des Sahli'schen Apparates unbequem ist, so hat der Vortragende in einem kleinen Etui alle notwendigen Utensilien und chemischen Zusätze zusammengestellt. Das Etui enthält:

1. Mehrere Hohlnadeln für die subcutane und mehrere Glascanüle für die intravenöse Anwendung.



2. Einen 135 cm. langen und einen mit einem Plongeur versehenen, kurzen Schlauch, welche beide durch einen ∩-förmigen Glasbügel verbunden werden. Im Ferneren:

3. Ein Thermometer.

4. In zwei Glaszylindern ca. 30 Tabletten Kochsalz und ca. 10 Tabletten Soda à 10.

5. Englisches Heftpflaster.

6. Eventuell in einem besonderen Einsatz die nötigen Instrumente für die intravenöse Infusion: Messer, Scheere, Déchamp'sche Nadel, Schieber, Pincette, Nadel, Faden.

Diskussion:

Prof. Kroneker: Die Versuche mit Chlornatriumlösung wurden von mir im Jahre 1877 bei Dubois-Reymond unternommen. Alkalische Lösungen erwiesen sich dabei als schädlich, weil sie die Blutkörperchen töten. (1 $^0/_{00}$ = Natron oder Sodalösung zerstört z. B. die Blutkörper in einem Tag, während NaCl-Lösung fünf Tage dazu braucht.) *Ringer* hat eine Lösung dargestellt, die sich dem Emser Wasser nähert und 0.01 $^0/_0$ Soda, $^1/_{15000}$ Kali und $^1/_{10000}$ Kalk enthält. Damit kann man Froschherzen und Tiere besser infundieren, als mit reiner Salzlösung; sie lassen sich die dreifache Zeit hindurch damit erhalten. *Schücking* hat mit einer Lösung von Calciumsaccharat noch mehr erreicht, doch darf das Blut damit nicht ausgewaschen werden. Eine dem Blutserum gleichwertige Flüssigkeit haben wir nicht.

(Auszug aus dem Referat des Herrn Dr. C. Arnd, Bern.)

---

59. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Basel.

Prof. Bumm:

Ueber Grenzen und Erfolge der operativen Gynäkologie. Leider wurde der Vortrag im « Correspondenzlatt für Schweizer Aerzte » nicht referiert.

Verhandlungen des internationalen Gynækologen-Congresses in Amsterdam.

Comptes rendus du congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, 3e session. (Amsterdam, Scheltema & Holkema's Boekhandel, 1900.)

Prof. Bumm, Basel:

Rapport zur Diskussions-Frage: **Ueber den relativen Wert der Antisepsis und der verbesserten Technik in Bezug auf die gegenwärtigen Resultate der operativen Gynäkologie.** — Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. (pag. 102.)

Dem idealen Ziel eines stets gleichmässig gesicherten, normalen Heilungsverlaufes frischer Operationswunden sucht die Neuzeit auf zwei Wegen näher zu kommen: durch Verschärfung der anti- und aseptischen Maassnahmen und durch Verbesserung der Technik.

Das unbedingte Vertrauen auf die Schutzkraft der Antisepsis ist erschüttert. Seit einem Jahr unternommene, bakteriologische Prüfungen haben Folgendes ergeben:

1. « Eine völlige Keimfreiheit der Hände lässt sich auch durch eine lange, über die praktisch mögliche Zeit hinaus durchgeführte, mechanische und chemische Bearbeitung der Haut nicht sicher erzielen etc. »

2. « Ebensowenig wie die Haut der Hände lässt sich die Haut des übrigen Körpers, insbesondere die der äussern Genitalien, des Dammes, der Vagina u. s. w. sicher sterilisieren. »

3. « Unter 50 genauer geprüften, grösseren Operationen, ist nicht eine, welche völlig keimfrei verlief; Bakterien (hauptsächlich aus den tiefern Schichten der Epidermis und aus den Drüsengängen) fanden sich nahezu immer am Schlusse der Operation. »

4. « Bei « aseptischem » Verfahren ist die Anzahl der Keime, selbst wenn unter den günstigsten äusseren Umständen und unter den grössten Cautelen operiert wird, bedeutend grösser, als bei Anwendung der antiseptischen Methode » etc.



5. « Die im Staube der Luft enthaltenen Keime spielen bei der Verunreinigung der Operationswunden nur eine untergeordnete Rolle » etc.

6. « Ist es schon schwer, keimfrei zu operieren, so ist es noch schwieriger, die Wunden und ihre Umgebung für längere Zeit keimfrei zu erhalten » etc.

Trotz des nachgewiesenen Keimgehaltes kamen die meisten Wunden zur primären, fieberlosen Heilung; dies lässt sich nur dadurch erklären, dass der Körper einen hinreichenden Vorrat an Stoffen besitzt, die keimtötend wirken. — Diese baktericiden Stoffe resp. keimtötenden Kräfte können aber auch versagen; dies ist der Fall, *wenn die Wunden mit virulenten Bakterien in Berührung kommen, oder wenn sie so ungünstig beschaffen sind, dass die baktericiden Eigenschaften der Gewebe und der Gewebsflüssigkeiten nicht zur vollen Entfaltung gelangen können.*

Verschiedenartige Keime werden in den frischen Operationswunden, unter den Verbänden und in den Wundsekreten angetroffen; aber sie infizieren nicht und werden bei günstiger Beschaffenheit der Wunden vom Körper leicht unschädlich gemacht. Nur dann, wenn sie in retinierten Wundsekreten etc. einen geeigneten Ort zur Ansiedelung und Entwicklung finden, rufen sie Fäulniss und Eiterung hervor und können gefährlich werden.

Hier ist der Punkt, wo das Gebiet der Technik in das der Antiseptik übergreift. Sache der Technik ist es; die Unvollkommenheit unserer antiseptischen und aseptischen Bestrebungen auszugleichen und die Wundverhältnisse so zu gestalten, dass der Organismus mit den nur selten ganz fehlenden Keimen fertig werden kann.

Von grosser Bedeutung sind *rasches, sicheres Operieren, exakte Blutstillung, Wahl des Operationsweges, Drainage.*

Alles in allem genommen, wird man wohl sagen müssen, dass zur Erzielung eines vollen Erfolges Antiseptik und Technik sich gegenseitig zu unterstützen haben.

Prof. RAPIN, Lausanne:

Diskussion zu dem Vortrag von Prof. F. LA TORRE, Rom: **Die Nomenclatur der schrägen Durchmesser des Beckens vom Standpunkte der internationalen Geburtshülfe.** — La nomenclatura dei diametri obliqui del bacino dal punto di vista ostetrico internazionale (pag. 207 und 218).

R. ist entschieden der Ansicht, dass man sich bezüglich der Nomenclatur der Beckendurchmesser, sowie des weiteren der Kindeslagen und der Durchmesser des fötalen Schädels, einigen sollte; man sollte z. B. die Bezeichnung linker und rechter schräger Durchmesser fallen lassen und sie als erster und zweiter bezeichnen; so können Deutsche und Franzosen die Bezeichnung acceptieren. Der erste schräge Durchmesser ist der linke der Franzosen und der rechte der Deutschen.

Prof. RAPIN, Lausanne:

Diskussion zu dem Vortrag von Prof. F. LA TORRE, Rom: **Zur morphologischen Classifikation anormaler Becken.** — Della classificazione morphologica dei bacini viziati (pag. 219 und 226).

R. möchte eine Lanze brechen für die von LA TORRE angegebene Becken-Einteilung, die sich auf die Form des Beckens stützt. Seit 25 Jahren lehrt RAPIN eine Classifikation (nicht publiziert), die in ihren Oberabteilungen auf der Form und nur in den Unterabteilungen auf der Aetiologie basiert.

Dr. CORDES, Genf:

Diskussion zu dem Vortrag von CHAMBRELENT & BRUYÈRE, Bordeaux: **Neue klinische und experimentelle Untersuchungen zur Aktion der Chininsalze bei der schwangern Frau.** — Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur l'action des sels de quinine chez les femmes enceintes (pag. 252 und 253).

Das Chinin ist ein Antiseptikum; auf den kreisenden Uterus wirkt es in motorischem Sinne ein; in toxischer Dose wirkt es abortiv; die toxische Dose variert nach den verschiedenen Kranken.

Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft
auf der 14. Versammlung in Pavia vom 18.-21. April 1900.

Dr. Bühler, Anatomisches Institut, Zürich:

Entwicklungsstadien menschlicher Corpora lutea.

Sobotta führt die Luteïnzellen auf das Follikelepithel zurück; er hat damit bei namhaften Kennern des Eierstockes lebhaften Widerspruch erfahren. *Bühler*'s Erfahrungen sind gesammelt an grösseren und an kleineren Säugetieren, speziell nach der von Sobotta angegebenen Methode, an Kaninchen. *Sobotta* sind gewisse Entwicklungsstadien entgangen. Das vorliegende Material genügt nicht, um die Frage zu entscheiden, ob ein Untergang von Epithel das ganze Epithel ergreift oder nicht, weil eben die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe nicht mehr festzustellen ist. An Durchschnitten menschlicher Corpora lutea ist zu sehen:

1. Die gefässreiche, aus circulärem Bindegewebe bestehende Hülle, die nach Bau und Lage vollständig der Tunica fibrosa grosser Follikel entspricht;

2. die eigentliche Luteïnschicht, eine mehr oder weniger stark gefaltete, eigentümlich homogen aussehende Lamelle;

3. eine innerste Schicht, in der Regel excentrisch gelegen, die in den Präparaten gallertig durchscheinend, von Blut durchsetzt, in den andern zart fibrös ist.

Die Vergleichung der Präparate ergiebt, dass mit zunehmendem Alter die charakteristische Luteïnschicht an Dicke wächst und den Innenraum einengt, aus welchem auch mit der Zeit der Blutinhalt schwindet.

Zwischen diese Corpora lutea und den grossen Follikel fügt sich ein Gebilde, dessen Inhalt und Wandung sich direkt an die jüngsten Corpora lutea anschliesst. Dieses Frühstadium des Corpus luteum ist insofern von grossem Interesse, als es in den oberflächlichen Partien alle Wandschichten des Follikels beinahe unverändert zeigt und in der Tiefe vollständig den Charakter des Corpus luteum trägt. Das Granulosa-Epithel speziell ist an der Oberfläche des Gebildes stellenweise durchaus wohl

erhalten. Je weiter man nach den tieferen Partien kommt, um so mehr gerät das Epithel in Zerfall. An der Stelle, wo in der Tiefe des Gebildes die Luteïnschicht beginnt, hat sich die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe scharf erhalten. Darum gelingt es hier, nachzuweisen, wie die Theca interna mit Vergrösserung aller Elemente, speziell der Zellen und Blutgefässe, direkt sich zum Luteïngewebe umbildet, während das in Auflösung begriffene Epithel immer darüber hinwegzieht.

Medizinische Gesellschaft der Stadt Basel.

Dr. L. Reinhardt:

Demonstration eines Falles von Missed Abortion. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 4, 1900, pag. 110.)

Das Ei entspricht seiner Grösse nach der dritten Entwicklungswoche, hat intakte Deciduahülle und stammt von einer durchaus gesunden Frau, welche vor sechs Monaten einen gesunden Knaben geboren, den sie jedoch wegen mangelnder Milchsekretion nicht stillen konnte. Wiedereintritt der Menses sechs Wochen nach der Geburt, regelmässig alle vier Wochen eintretend, zuletzt am 15. August, worauf eine neue Gravidität mit allen Symptomen einer solchen folgte. Nach Verlauf von 10 Wochen erfolgte am 28. Oktober, scheinbar veranlasst durch starke Hustenanfälle in Folge ausgedehnter Bronchitis mit geringen Temperaturerhebungen, der Abort mit unbedeutendem Blutabgang. Es wurde ein dreieckiges, dem schwach vergrösserten Uterus entsprechendes Stück, beträchtlich gewucherte Decidua von 9 cm. Länge ausgestossen, das in seiner Mitte eine etwa nussgrosse 2,2 cm. im Durchmesser messende prominente Blase, das Ovulum enthaltend, aufweist. Beim Eröffnen derselben kam ein knapp 2 cm. messendes Ei mit stark gewucherten Chorionzotten zum Vorschein, das sich in seinem Innern als vollständig leer, ohne irgend welche Embryonalanlage erwies.

Ein, diesem an Grösse und Ansehen, Wucherung der Chorionzotten etc., vollkommen entsprechendes Ei, dem ebenfalls eine Embryonalanlage fehlte, wurde von demselben Beobachter vor vier Jahren auch bei einer jugendlichen Zweitgebärenden beobachtet. Ueberhaupt scheint bei Abor-

tiveiern, die auf einer so frühen Stufe der Entwicklung ausgestossen werden, die Taubheit als Produkt einer abnormen Entwicklung die Regel zu sein. Die diesen Eiern durch die Befruchtung mitgeteilte Energie scheint sich völlig in der übermässigen Bildung von Chorionzotten, die stark gewuchert sind, zu erschöpfen; in diesem Stadium der Missbildung können sie dann wochenlang unthätig verharren, bis gelegentlich ein spontaner Abort, gewöhnlich mit ganz unbedeutendem Blutabgang, den Organismus von dem zum Fremdkörper gewordenen abnormen Produkt befreit, so wie es in den vorliegenden Fällen beobachtet wurde.

Merkwürdig ist bei dem letzten Falle, dass ein der dritten Woche entsprechendes Ei erst 10 Wochen nach eingetretener Schwangerschaft ausgestossen wurde. Diese Verzögerung ist ganz gut zu erklären durch die abnorme Entwicklung des Eies, die eben andere Abnormitäten zur Folge hatte.

Diskussion:

Prof. Kollmann: Wie schon erwähnt wurde, sind in so früher Entwicklungsstufe ausgestossene Eier meist taub. Nach den Untersuchungen von His und Kollmann war nur ca. 5 % solcher Früchte in normaler Entwicklung begriffen, während auffallender Weise *Mall* in Baltimore 70 % gesunde Früchte fand.

Prof. E. Kaufmann:

Demonstration eines Falles von malignem Chorionepitheliom. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 10, 1900, pag. 306.)

31-jährige Frau; Mutter von fünf gesunden Kindern; letzte Geburt am 19. Juli 1897. Seit dieser Zeit Uterinbeschwerden; mehrmals Ausschabungen; das letzte Mal im Juni 1899. Periode stets sehr stark, seit Frühjahr 1899 unregelmässig; fast kontinuierlicher Blutabgang, welcher die Patientin im Juni 1899 in gynäkologische Behandlung führte. Blutungen hörten auf, um erst Ende August wieder zu erscheinen; auf dem Transport nach Basel am 26. August brach die Frau bewusstlos zusammen. Exitus am 27. August.

Sektionsprotokoll: Uterus vergrössert; Portio breit und etwas nach aussen gestülpt. Cervix weit, bequem für den kleinen Finger durch-

gängig. Im Corpus uteri eine in das Lumen vorragende, kastaniengrosse, in die Wand, besonders des Fundalteiles, ringsum eindringende bräunlich-rote Gewebsmasse, die besonders hinten oben die Uteruswand bis an die Serosa durchsetzt hat. Die basalen Teile der Geschwulstmasse sind etwas lamellös und die angrenzenden Teile des Myometriums sind aufgeblättert und von Geschwulstmassen durchwachsen. Beide Ovarien vielcystisch; im linken, am oberen inneren Umfang, ein bohnengrosser, bräunlich rötlicher Geschwulstknoten. In der Mitte der linken Niere befindet sich eine 6 cm. im Durchmesser betragende, billardkugelförmige Geschwulst. In der Milz ein kleiner Geschwulstknoten. In der linken Grosshirnhemisphäre, am hinteren unteren Pol des Occipitallappens, 2 cm. von der Oberfläche entfernt, ein scharf abgegrenzter, wallnussgrosser Geschwulstknoten, von bunter, rotgefleckter Farbe. Metastasen in den Lungen.

Histogenetisch besteht nach den Untersuchungen *Marchand*'s kein Zweifel mehr, dass es der zellige Ueberzug der Chorionzotten ist, welcher in Wucherung geratend, die Schuld an der Geschwulstbildung trägt.

Bei der von *Marchand* als typisch bezeichneten Form der Geschwulst, tritt das Chorionepithel auf, als zusammenhängende, syncytiale Masse, in Form von unregelmässigen, vielkernigen, verästelten Protoplasmabalken, mit mehr oder weniger stark entwickelten polyedrischen Zellen vom Langhans'schem Typus. Stellenweise können diese Zellen fehlen.

Bei der zweiten Form, der atypischen, hat das Chlorionepithel seine eigentümliche normale Anordnung überall oder meist verloren und es treten nur isolierte Zellen auf.

Der vorliegende Fall zeigt sowohl exquisite Bilder des ersten wie auch des zweiten Typus; darnach würde sich die Marchand'sche Scheidung nicht durchführen lassen.

Dr. Knoop:

Demonstration eines Kniegelenkes, welches metastatisch an Carcinom erkrankt war, bei primärem Uteruskrebs. (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 10, 1900, pag. 310.)

Bei Uteruscarcinom kommen Metastasen in entfernten Organen nur in etwa einem Drittel aller Fälle zur Beobachtung und Knochen werden

nur in 2,3 % befallen, wie aus den Statistiken aus Virchows Institut hervorgeht. Unter 83 Uteruscarcinomen, welche in den letzten 20 Jahren im Basler Institut zur Sektion kamen, waren Knochen nur zwei Mal (2,4 %) an metastatischem Carcinom erkrankt. Im vorliegendem Fall. bei einer 39-jährigen Frau, wurde im Juli 1899 die Totalexstirpation gemacht; sehr bald stellte sich ein Recidiv in der Scheide ein und am 29. Dezember folgte der Exitus.

Bei der Sektion wurden Metastasen gefunden im Herzen (die ebenfalls sehr selten sind), in der Lunge, Leber, den iliacalen und lumbalen Lymphdrüsen, der Haut, in der Gegend des Kniegelenkes rechts, im rechten Kniegelenk und den Poplitealdrüsen.

Der Tumor des Kniegelenkes nahm seinen Ausgang von der oberen Epiphyse der Tibia, in welcher ein über wallnussgrosser Herd besteht. der den Knorpel durchbrochen und dann das Lig. patellal inf. ergriffen hatte, dieses in eine faustgrosse Geschwulstmasse verwandelnd; von hier war Durchbruch ins Kniegelenk erfolgt und dann auch die untere Femurepiphyse ergriffen. An derselben war die Corticalis usuriert und Carcinommassen drangen bis in die Spongiosa vor. Die Lig. cruciata waren intakt, aber an ihren Ansatzpunkten war sowohl an der Tibia als auch am Femur Carcinom zu konstatieren.

Prof. E. Bumm:

Zur Statistik der Puerperalfiebererkrankungen. (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, 1900, pag. 346.)

Die Anmeldung der Fieberfälle hat den Zweck, dem beamteten Arzt eine Uebersicht der Verbreitung der puerperalen Erkrankungsfälle zu geben und ihn in den Stand zu setzen, etwaigen Epidemien nachzuforschen und gegen die Ausbreitung der Infektion die geeigneten Vorkehrungen (Suspension der Hebammen, Desinfektionsvorschriften, Isolierung der Erkrankten u. s. w.) zu treffen. Angemeldet sollen deshalb nur die Fälle von septischer Infektion werden. Man wird deshalb in jedem Fall von Fieber im Wochenbett zu unterscheiden haben, ob das Fieber nur durch Intoxikation. d. h. also Zersetzung des Lochialsekretes oder retinierter Massen (Placentarreste, Eihautfetzen, Blutklumpen) bedingt ist oder durch Infektion. d. h. durch Keime, welche in das

lebende Gewebe eindringen. Diese Unterscheidung wird am einfachsten durch die bakteriologische Untersuchung gemacht, aber auch ohne diese lässt sich auf Grund der Ocularinspektion der Genitalien, besonders der Wunden an der Portio und der Cervicalschleimhaut gewöhnlich entscheiden, ob man es nur mit Resorptionsfieber zu thun hat oder mit Infektion. Im ersteren Falle sind trotz des putriden Lochialsekretes die Wunden rot und von gut granulierendem Aussehen, im letzteren Falle sind die Wunden, wie alle infizierten Wunden, mit einem übel aussehenden Belag bedeckt.

Vortragender bespricht ferner:

Die operative Therapie bei puerperaler Infection.

Günstige Erfolge ergeben alle operativen Eingriffe, wenn bereits durch Reaktion des Organismus eine Lokalisierung und Abkapselung der Sepsis zu Stande gekommen ist. Dahin gehören lokalisierte Eiterherde im Beckenperitoneum, Beckenbindegewebe, in den Tuben, auch in der Uteruswand. Eröffnung der Herde mit ausgiebiger Drainage, eventuell Exstirpation des Uterus, wobei multiple Herde in den Ligamenten eröffnet und drainiert werden können, bringen in der Regel selbst bei sehr heruntergekommenen Patientinnen definitive Heilung. Ungünstig verlaufen gewöhnlich operative Eingriffe, wo die Sepsis nicht lokalisiert ist.

Wie Andere, so konnte auch Vortragender bei puerperaler septischer Peritonitis durch breite Eröffnung, Spühlung, Drainage, keine Besserung erreichen. Die Kranken starben nach dem Eingriff rasch unter Shockerscheinungen. Besonders wünschenswert erscheint eine chirurgische Behandlung bei chronischer Pyämie, in Folge von Thrombophlebitis im Gebiete der Uterus und Beckenvenen und der Venœ spermaticæ.

Vortragender hat drei schwere Fälle der Art durch Exstirpation der erkrankten Venen zur Heilung zu bringen versucht, aber keinen Erfolg erzielen können. Im ersten bestand neben einer total entfernten, eitrigen Thrombose der Uterinvenen und Venen der Lig. lata ein jauchiger, retroperitonealer Abscess, der bis zur Niere reichte und den Tod herbei führte. Im zweiten Falle, der besonders günstige Chancen zu bieten schien, beschränkte sich die Eiterung auf die linke Ven. spermatica, die hoch hinauf exstirpiert wurde. Die Fröste hörten drei Tage lang auf, die Patientin erlag aber dann neuen Fieberanfällen, die ihren Grund in

höher oben bestehenden zweiten Eiterherden der Spermatica hatten. — Im dritten Falle ging die eitrige Thrombose im Lig. lat. bis zur Beckenwand und war eine völlige Entfernung der vereiterten Venen aus technischen Gründen nicht möglich. Gerade der Umstand, dass man im Becken leicht angeschnittene, infizierte Venen des Lig. lat. zurücklassen muss, führt zur Infektion der Stümpfe und des Peritoneums, welche das Operationsresultat ungünstig beeinflussen.

Dr. Wormser:

Ueber die Verwertung der Röntgenphotographie in der Geburtshülfe.
(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 11, 1900, pag. 347).

1. *Diagnose der Kindeslage am Ende der Gravidität:* Resultate an der Lebenden noch ungenügend, hauptsächlich wegen der Dicke der zu durchleuchtenden Weichteilpartien. Nur der vorliegende Schädel wirft einen Schatten. Auch in frühen Monaten giebt der fötale Kopf ein deutliches Bild, wie das Radiogramm einer im dritten Monat graviden Frau lehrt. Möglichkeit der Diagnose der Schwangerschaft in der ersten Hälfte der Gravidität. Frühes Erkennen von Zwillings- eventuell Extrauteringravidität.

2. *Diagnose der Form und Grösse des Beckenkanals, speziell des Beckeneinganges:* Beckeneingang und Platte müssen zu einander parallel gestellt werden, damit das Bild nicht perspektivisch verzerrt erscheine. Die Lichtquelle muss genau über der Mitte des Einganges stehen. Demonstration eines Instrumentes, mit Hülfe dessen beide Forderungen leicht und genau erfüllbar sind. Beste Lagerung der Frau: Rückenlage mit schräg nach aufwärts gerichteten Beinen, damit die Cassette schräg unter das Gesäss geschoben und dem Beckeneingang parallel gestellt werden kann. Auf so erhaltene Bilder lassen sich die Conjugata vera, sowie die übrigen Durchmesser sehr leicht und auf einige Millimeter genau berechnen.

Demonstration von Aufnahmen normaler und zweier pathologischer Becken; bei dem einen der letzteren war die richtige Diagnose nur durch das Röntgenbild möglich geworden (vide pag. 57).



Dr. Niebergall:

Ueber Complikationen von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 15, 1900, pag. 478.)

Autoreferat: Der Vortragende bespricht an Hand von zwei während der Schwangerschaft und je einem während der Geburt und nach dem Wochenbett operierten Fällen von Eierstockscysten, die aus dem Nebeneinanderbestehen von Ovarialtumoren mit Gravidität, Partus und Puerperium sich ergebenden Complikationen.

Die Seltenheit dieser Fälle giebt ihm Veranlassung, die jeweiligen Symptome, welche das Vorhandensein solcher Tumoren in der Schwangerschafts-, Geburts- und Nachgeburts-Periode hervorruft, anzugeben, die Diagnosenstellung und die differential diagnostisch wichtigen Momente zu erörtern und schliesslich die leitenden Gesichtspunkte hervorzuheben, welche uns bei der Vornahme der therapeutischen Massnahmen leiten sollen. Er fasst die letzteren in folgende Sätze zusammen: « Ovarialtumoren, während der Schwangerschaft diagnostiziert, sind möglichst frühzeitig zu operieren, sei es durch Laparotomie oder noch eher, wenn der Tumor von unten einigermassen zugänglich ist, durch vaginale Operation. Für die Geburt bieten die in der Bauchhöhle gelegenen Tumoren meist kein Hinderniss, höchstens kann die Vollendung derselben durch den Forceps wegen Wehenschwäche nötig werden. Die im kleinen Becken liegenden, cystischen Tumoren sind, falls die Reposition unmöglich ist, per vaginam zu operieren. — Für feste, überall adhärente Tumoren kommt der Kaiserschnitt in Frage. — Im Wochenbett ist die Ovariotomie nur in dringenden Fällen, veranlasst durch Stieltorsion oder Ruptur, vorzunehmen, sonst ist bis nach Ablauf des Puerperiums damit zu warten.»

Medizinisch-pharmaceutischer Bezirksverein in Bern.

Prof. P. Müller:

Die nach gynækologischen Operationen entstandenen Bauchbrüche. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, 1900, pag. 147.)

Ursachen dieser Bauchbrüche: Starke Verdünnung und Erschlaffung der Linea alba bei Diastase der Recti abdominis; Blutergüsse und Eite-



rungen in der Wunde; Offenlassen des untern Wundwinkels zum Zwecke der Drainage und des Herausleitens der Tamponade; Einnähen von Stümpfen und Säcken bei extraperitonealer Stielbehandlung, bei Myomen. Prolapsus uteri, Parovarialcysten und Extrauterinschwangerschaft etc. Abgang von unresorbierbarem Nahtmaterial, wie Silberdrähte, etc.

Was die Behandlung anlangt, so hält Prof. MÜLLER auf der Anwendung von Bandagen nicht viel, sondern zieht die operative Behandlung vor. Dieselbe besteht in einer gänzlichen Excision des Bruchsackes, wobei die sehr häufig verwachsenen Gedärme berücksichtigt werden müssen. Alle Schichten der Bauchwand müssen zur Deckung des Defektes herangezogen werden. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass nicht bloss das Peritoneum und die Fascien vereinigt werden, sondern auch die Recti abdominis müssen herauspräpariert, einander wieder genähert und mit einander vereinigt werden. Bei der Bauchhaut wird die fortlaufende Naht durch eine Entspannungsnaht verstärkt.

Grosser Wert muss auf die Prophylaxe gelegt werden. Wenn irgend möglich, muss die Laparotomie vermieden und durch die Cöliotomie per vaginam ersetzt werden. Nachblutungen müssen durch genaue Blutstillung und Eiterungen durch gehörige Desinfektion des Nähmaterials und der Haut, sowie bei septischer Operation die eitrige Verunreinigung der Wunde durch Schutz der Wundränder vermieden werden. Drainage und Tamponade soll nicht durch die Bauchwunde, sondern durch das hintere Scheidengewölbe installiert werden. Nur resorbierbares Nähmaterial soll in der Tiefe der Wunde zur Anwendung kommen. Die Wunde soll ganz geschlossen werden. Als Hauptmittel zur Vermeidung von Bauchbrüchen empfiehlt der Vortragende, die Laparotomiewunde durch den einen oder den andern der Recti abdominis anzulegen und nachher die Wunde in vier Etagen zu vereinigen (Peritoneum, Muskulatur, Fascien und Haut). Hierdurch wird eine dickere und deshalb festere und unnachgiebigere Narbe erzielt.

Diskussion:

Dr. Dick: hat die gleichen Erfahrungen bezüglich der Aetiologie der Bauchhernien gemacht. Zwei Momente sind noch beizufügen, welche unter bestimmten Verhältnissen die Entstehung von Brüchen erleichtern: Einmal die Durchschneidung der beiden Musculi recti an ihrer Insertionsstelle am os pubis, sodann die starke Entwicklung des Fettpolsters, da sich unter diesen Umständen viel leichter Abscesse in der Bauchwunde

bilden. Für die Prophylaxe der Bauchbrüche kommt es vor allem auf die Nahtmethode an. Als wichtigster Grundsatz muss gelten: Möglichst wenig Ligaturen in der Wunde lassen. Seidenknopfnähte sind wohl besser als fortlaufende Nähte. Zur Entspannung giebt die Matratzennaht ausgezeichnete Resultate.

Dr. Lanz: Das Thema von Prof. Müller ist immer wieder zeitgemäss, giebt es doch noch zur Stunde führende Chirurgen, welche ihre Laparotomiewunden einfach mit einer durchgehenden Naht schliessen. Eine solche Praxis ist durchaus unzulässig; je anatomischer die verschiedenen Schichten durch die Naht rekonstruiert werden, desto sicherer ist die Prophylaxe späterer Hernienbildung. Indem Herr Prof. Müller durch den Rectus hindurchschneidet, lähmt er jedenfalls dessen medial vom Schnitt liegende Fasern; bessern Einblick und weniger Blutung gewinnt man durch Seitwärtsziehen des medialen Rectusrandes, wenn man wünscht, dass die Etagennähte nicht unmittelbar übereinander zu liegen kommen. Bei Appendicitisoperationen à froid eröffnet Lanz seit Jahren das Peritoneum möglichst unter dem M.-rectus nach Verschiebung dieses Muskels gegen die Mittellinie, da bei solchem Vorgehen die Interposition eines intakten Muskels zwischen innere oder äussere Narbe stattfindet.

Dr. Dumont: wirft die Frage auf, ob nicht der Musculus rectus abdominis ganz oder teilweise atrophisch werde nach longitudinalem Einschnitt in seine Substanz. Für die Appendicitis ist das Verfahren von Roux zu empfehlen: Eröffnung des Muskels longitudinal, des Peritoneums senkrecht (im Kreuz) dazu. — Was die Hautnaht betrifft, so giebt die fortlaufende Naht ebenso gute Resultate wie die Knopfnaht.

Prof. Girard: Die Ursache der Bauchbrüche ist viel seltener in der Operationstechnik, als vielmehr in der Krankheit der Organe zu suchen. Vor allem ist Dehiscenz der Gewebe, verursacht durch Ascites anzuschuldigen. Bei diesen Fällen kommt es sehr leicht zu kleinen Eiterungen und damit zur breiteren Narbenbildung. Das Narbengewebe ist nun aber trotz seiner anscheinenden Festigkeit sehr wenig geeignet, den intraabdominellen Druck lange Zeit auszuhalten, da es nur sehr wenige elastische Fasern hat. Was die Operationstechnik betrifft, so sollen natürlich die Recti womöglich herangezogen werden. Immer ist dies aber leider nicht möglich. Zur Nahtmethode wird eine von G. modifizierte, regulierbare Unterstützungsnaht nach Billroth als bewährt befunden.

Dr. Niehans: stimmt dem Votum des Herrn Prof. Girard darin bei, dass

der Ascites häufig die Ursache der Bauchbrüche ist. Die Ascitesflüssigkeit verdaut die Gewebe. — Bei schweren perityphlitischen Abscessen, wo die Wunde lange offen war, bilden sich immer Hernien. Diese müssen künstlich wieder beseitigt werden und zwar möglichst früh, so lange die Bauchdecken noch nicht atrophisch geworden sind. — Was die Naht betrifft, so ist klar, dass diejenigen Teile, welche am meisten tragen müssen, auch besonders sorgfältig genäht werden müssen, also in erster Linie die Bauchhaut. Hierbei sind Knopfnähte vorzuziehen. Die Recti für sich allein dienen nicht in hervorragendem Masse zum Festhalten der Eingeweide, da sie sich immer kontrahieren; sie sollen nur leicht genäht werden. Das Peritoneum, für sich allein genäht, reisst oft ein, daher ist es vorteilhaft, dasselbe mit der hintern Fascie vereint zu nähen.

Prof. Jadassohn: Genaue histologische Untersuchungen haben ergeben, dass in Narben keine oder nur sehr wenige elastische Fasern sich befinden. Da wo Eiterung stattgefunden hat, regenerieren sich diese Fasern sozusagen gar nicht.

Dr. Walthard:

Ueber chronische Pseudometritiden und ihre Behandlung. (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 15, 1900, pag. 470.)

Bisher glaubte man, dem klinischen Bilde einer chronischen Metritis resp. Endometritis liege als Ursache eine chronische Entzündung des Uterus, resp. des Endometriums zu Grunde. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben das Gegenteil bewiesen. In den Journalen des Berner pathologischen Institutes (Prof. Langhans) wurden die ausgekratzten Endometrien stets in gleichmässiger Weise in Spiritus oder Formol zur histologischen Untersuchung vorbereitet. Aus den erhaltenen Resultaten (Howald-Langhans) ergibt sich für 191 klinische Endometritiden folgende pathologisch-anatomische Gruppierung der Schleimhautveränderungen:

Nur in 17 Fällen entsprach dem klinischen Bilde der chronischen Metritis, resp. Endometritis das pathologisch-anatomische Bild einer Entzündung der Schleimhaut. In 16 Fällen erschien das ausgekratzte Endometrium völlig normal. In den überbleibenden 158 Fällen konnte nur eine Hyperplasie der Schleimhaut konstatiert werden. Diese 158 Fälle

von Hyperplasie der Schleimhaut zeigen vorwiegend Hyperplasie und Hypertrophie der Schleimhaut*drüsen* in 87 Fällen. Es zeigen vorwiegend Hyperplasie und Hypertrophie der Stromazellen (nicht Leucocyten-Infiltration!) 43 Fälle. Es zeigen ungleichmässig in der Schleimhaut verteilt bald Hyperplasie der Drüsen, bald Hyperplasie des Stroma in insulärer Anordnung 28 Fälle.

Die Schleimhauthyperplasien sind in vielen Fällen als Folge ausserhalb der Schleimhaut gelegener ätiologischer Momente aufzufassen.

Da auch das Carcinoma corporis uteri unter den klinischen Erscheinungen der Endometritis beginnt, so ist die klinische Diagnose chronische Metritis, resp. Endometritis in jedem Einzelfalle in die verschiedenen histologischen Diagnosen aufzulösen: *Dies kann einzig durch histologische Untersuchung der ausgekratzten Schleimhäute festgestellt werden.*

Ergibt die mikroskopische Untersuchung der zur Probe ausgekratzten Schleimhaut das Bild der Entzündung, so ist an der bisher üblichen desinfizierenden und antiphlogistischen Methode der Behandlung festzuhalten. Klinische Erscheinungen der chronischen Endometritis ohne erkrankte Schleimhaut beruhen auf neurasthenischer Basis und erheischen nur eine Behandlung im Sinne der Neurasthenie (Plairfairkur). In den Fällen von sekundärer Hyperplasie der Schleimhaut ist stets in erster Linie das *primäre* ausserhalb der Schleimhaut liegende ätiologische Moment in Angriff zu nehmen. Sind die Schleimhäute hochgradig hyperplastisch, so sind auch diese durch Auskratzung zu entfernen.

Diskussion:

Dr. Dick: Negativer anatomischer Befund kommt namentlich häufig bei Frauen im Climacterium vor. Vielleicht handelt es sich hier um atheromatöse Vorgänge in den Gefässwandungen, eventuell zugleich auch um nervöse Veränderungen. Mit Auskratzungen wurden gute Resultate erzielt; selten Recidive.

Dr. Conrad: bestätigt die Erfahrungen von Dr. Dick und hat insbesondere nur selten wiederholte Auskratzungen für nötig gefunden. Pathologisch anatomisch findet sich meist glanduläre oder interstitielle Endometritis; doch kommen auch rein nervöse Fälle sicher vor.

Dr. von Werdt: ist nicht so sehr für Auskratzungen eingenommen; dieselben sind namentlich contraindiziert bei Blutungen.

Dr. La Nicca: Die ätiologische Therapie ist oft schwierig und ein-

greifend; in solchen Fällen ist entschieden zunächst die symptomatische Therapie anzuwenden, die öfters genügt.

Dr. Walthard: präzisiert seinen Standpunkt nochmals dahin: Curettement ist angezeigt bei Abortresten, bei Subinvolutio post partum, bei postinfektiösen glandulären Hyperplasien. Schlechte Resultate ergibt es bei Erkrankung der Umgebung des Uterus. In diesen und ähnlichen Fällen sind auch Recidive häufig.

Dr. Vannod:

Demonstration des Cystoskopes von Dr. Boisseau du Rocher (Paris). (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 16, 1900, pag. 503.)

Das Cystoskop von Dr. B. du R. unterscheidet sich von den übrigen (Nietze, Güterbock, Albarran) dadurch, dass es aus zwei von einander unabhängigen Teilen besteht: 1. dem Katheter, und 2. dem optischen Apparat.

Es hat folgende Vorzüge: 1. Es kann steril gemacht werden; 2. es macht die Einführung von Sonden zur präliminären Waschung der Blase überflüssig;. 3. wenn während der Untersuchung eine Blutung auftritt, so hat man nur den optischen Apparat zu entfernen; der Katheter bleibt; 4. Man kann eine complete Untersuchung vornehmen.

Des weiteren wird noch die *Lampe* von Dr. Flörke und das *Panelektroskop* von Görl demonstriert.

Versammlung des Vereins jüngerer Aerzte und Apotheker der Kantone Bern und Solothurn.

Dr. M. Walthard:

1. **Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Neurasthenie und Retroflexio uteri mobilis.** (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte.) Nr. 18. 1900, pag. 573.)

Der Vortrag bildet einen Beitrag zur Frage der Ursachen therapeutischer Misserfolge bei der Behandlung der Retroflexio uteri mobilis.

Bei Frauen mit normalen Genitalien, sowie bei Frauen mit symptomloser Retroflexio mobilis kann durch die Neurasthenie, resp. Hysterie, ein Symptomenkomplex hervorgerufen werden, welcher identisch ist mit dem Symptomenkomplex, den wir für Retroflexio uteri mobilis für charakteristisch halten. Durch diese Beobachtungen der Wechselbeziehungen von Neurasthenie, resp. Hysterie, und Retroflexio uteri mobilis ordnen sich die Patientinnen in zwei Gruppen:

Die erste Gruppe umfasst die primär neurasthenischen resp. hysterischen Individuen mit an und für sich symptomlosen Retroflexionen.

Die zweite Gruppe umgreift die Retroflexiones uteri mobilis mit eigentlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen des Uterus und daherigen Uterussymptomen nebst sekundären neurasthenischen konsensuellen Symptomen.

Der grosse Wert dieser Einteilung für die Indikationsstellung der therapeutischen Massnahmen ist leicht ersichtlich.

Die Patientinnen der ersten Gruppe sind vornehmlich als Neurasthenische resp. Hysterische zu behandeln. Die Retroflexio uteri kann völlig vernachlässigt werden mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo bei Eintritt einer Gravidität zur Verhütung einer Incarceration der retroflektierten graviden Uterus eine Reposition vorgenommen werden muss.

Die Patientinnen der zweiten Gruppe sind lokal durch Reposition und Fixation des reponierten Uterus mit einem Pessarium oder operativ, je nach Wunsch der Kranken, zu behandeln.

Hält man an dieser Gruppierung der Patientinnen mit Retroflexio uteri mobilis fest, so wird man keine therapeutischen Misserfolge trotz gelungener Reposition und Fixation des Uterus in normaler Lage erleben.

Dr. M. Walthard:

II. Demonstration eines durch Abdominal-Totalexstirpation gewonnenen Uterus myomatosus gravidus. (Loc. cit., pag. 576.)

Im Anschluss an diese Demonstration werden die Vorzüge der abdominalen Totalexstirpation gegenüber den übrigen Methoden der operativen Behandlung der Myome hervorgehoben. Für die Behandlung der Gravidität im Uterus myomatosus ist bei Störungen die abdominale Totalexstirpation der Einleitung des Abortes vorzuziehen.

Medizinische Gesellschaft der Stadt Genf.

Prof. Zahn:

Uterus mit zwei Adeno-Myomen und einem Fibromyom. (Revue médicale de la Suisse romande, Nr. 3, 1900, pag. 163.)

48-jährige Frau; bei der Autopsie konstatiert man zwei Adeno-Myome des Uterus, nahe der Insertion der Tuben gelegen, sowie ein subseröses Fibromyom der rechten Uterushälfte. Es handelt sich hier um Adenomyome mit ausgesprochener Tendenz zur Formation von Cysten; diese, sowie die adenomatösen Gänge sind mit einem charakteristischen Cylinderflimmerepithel ausgekleidet. Linkerseits ein ziemlich grosser Hydrosalpinx, rechterseits Adhärenzen der Tube mit dem Ovarium und dem Uterus.

Diskussion:

zu dem Vortrag von Dr. Bourcart: **Ueber intrauterine Injektionen mit dem gelatinösen Serum von Lancereaux**, vide pag. 18. (Revue Méd. de la Suisse romande. Nr. 5, 1900, pag. 273.)

Dr. De Seigneux: warnt vor mehr oder weniger palliativen Verfahren, um gynäkologische Blutungen zum Stehen zu bringen. Wenn es auch wahr ist, dass die Ausschabung oft ohne Erfolg begleitet ist, so hat selbe dennoch einen hohen diagnostischen Wert.

Dr. Bourcart: Die intrauterinen Injektionen mit gelatinösem Serum werden die Curette nie ersetzen, sie werden nur drohende Blutungen zum Stillstande bringen.

Prof. Revilliod: Die gelatinösen Injektionen haben eine auffallende hämostatische Wirkung; die subcutane Injektion ist ungefährlich. Bei den intrauterinen Ausspühlungen haben wir es mit einer lokalen Applikation zu thun; bei der subcutanen Anwendung wirkt das gelatinöse Serum auf die physische und chemische Constitution des Blutes ein.

Dr. Kummer:

Exstirpation von zwei retroperitonealen, pararenalen Sarkomen. (Revue méd. de la Suisse romande, Nr. 7, 1900, pag. 396.)

Die zwei Patientinnen waren 51 und 55 Jahre alt; in dem einen Falle wurde die Diagnose auf ein *sehr voluminöses Fibromyom* des Uterus gestellt, in dem andern auf eine *grosse Ovarialcyste.*

Laparotomie in der Linea alba. Die beiden Tumoren liessen sich ohne bedeutenden Blutverlust enucleiren; in einem der Fälle war das Sarkom mit der linken Niere verwachsen, so dass letztere mitentfernt werden musste. Diese Pat. blieb ein Jahr lang geheilt. Die zweite Kranke starb an Peritonitis; man hat hier keine Drainage (nach Mickulicz), wie im ersten Falle gemacht.

Dr. Kummer:

Congenitale vaginale Atresie mit Hæmatocolpos. (Loc. cit. pag. 397.).

18-jähriges Mädchen, nie menstruirt. Grosser hypogastrischer Tumor in der Medianlinie, der nach Catheterisation verschwindet; es blieb jedoch eine bis zum Nabel reichende Resistenz, die den Damm vorwölbte. Tumor fluktuierend. Incision der Scheide; es ergiessen sich ca. zwei Liter schwarzes steriles Blut nach aussen. Uterus klein, scheint im übrigen normal.

Prof. J.-L. Reverdin:

Tuberkulose der Brustdrüse. (Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 7, 1900, pag. 397.)

40-jährige Patientin, nicht hereditär belastet; vier Mal geboren. Krank seit drei Monaten; frühzeitige Erkrankung der Lymphdrüsen; ein Monat später erscheint eine Geschwulst in der linken Brust; es handelt sich um einen kalten Abscess. Radikale Abtragung und methodische Ausräumung der Achselhöhle wie beim Carcinom. Glatte Heilung.

R. lenkt die Aufmerksamkeit ganz besonders auf das Auftreten von axillaren Ganglien zu einer Zeit, wo noch keine Affektion in der Brustdrüse nachzuweisen ist (Dubar).

Medizinische Gesellschaft des Kantons Neuenburg.

Dr. Trechsel:

Schwierige Geburt in einem Falle von Zwillingsschwangerschaft. (Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 3, 1900, pag. 154.)

35-jährig Mehrgebärende, von zarter Constitution; Fruchtwasser bereits abgegangen. Abdomen sehr voluminös; ziemlich energische Contraktionen des Uterus. Kopf im kleinen Becken. 1. Schädellage; hinter dem Kopfe (ebenfalls im kleinen Becken) zwei Füsse. Die Wehen drängten jeweilen Kopf und Füsse zusammen vorwärts; selbe wurden deshalb nach oben dislokiert, was gelang; nach einigen kräftigen Wehen kam ein lebendes Kind zur Welt; jetzt erst wurde die Zwillingsschwangerschaft erkannt: Wendung und leichte Extraktion. T. nimmt an, dass die Kleinheit des ersten Kindes, combiniert mit weitem Becken und Druck der zweiten Fruchtblase, die Ursache der seltenen Haltung gewesen sei.

Dr. Trechsel:

Frühgeburt, Vagitus uterinus *(Ibid):* Kleine Frau, plattes, wahrscheinlich rachitisches Becken. Erste Geburt mit 32 Jahren. Sehr langsame Dilatation. Zange im Becken-Eingang; sehr schwierige Extraktion. Fœtus cyanosisch, kann nicht zum Leben gebracht werden; einige Monate später Fehlgeburt. Dritte Geburt sehr lange dauernd. Placenta prævia. Tamponade; hernach Wendung. Extraktion erst nach längerer Zeit möglich, da der Halsteil sehr rigide war. Kind todt. Mutter erholt sich langsam, aber vollständig. Mai 1899, vierte Schwangerschaft; es wurde in der zweiten Schwangerschaftshälfte ein bestimmtes Regim eingeführt, um die Entwicklung der Frucht hintanzuhalten. Künstliche Frühgeburt in ca. der 35. Woche. Da die Dilatation absolut nicht von statten gieng (trotz Ballon), so wurde bei zwei Finger passierbarem innerem M. m. die Wendung gemacht und ein Fuss nach unten gebracht; viel Fruchtwasser gieng ab. Beim Herunterziehen des Fusses trat wohl Luft in den Uterus ein. Die Extraktion wurde wiederum verzögert wegen der Rigidität des Collum. Während der Zeit die zwischen Wendung und der definitiven Extraktion verstrich, konnte nun T. während wenigstens 30 Minuten das Wimmern des Kindes vernehmen und zwar konnte dies in einem anstossenden Zimmer sogar gehört werden. Das Kind, obwohl ein wenig cyanosisch, konnte wiederbelebt werden.

Medicinische Gesellschaft des Kantons Waadt.

Dr. Rossier, Lausanne:

Demonstration eines Falles von Missed Abortion. (Revue méd. de la Suisse romande Nr. 3, 190, pag. 142 und 159).

Der vorliegende Fall von «missed abortion» ist interessant wegen seiner Seltenheit und ganz besonders wegen der in Betracht kommenden Differenzialdiagnose: Frau H. B., 29 Jahre alt, Mutter von 5 Kindern, hat am 9. Mai 1898 einen Abortus von drei Monaten durchgemacht, der ein Curettage nötig machte; letzte Regeln am 22 November 1898. Seit Anfang März 1899 täglich wenig blutigen Ausfluss; seit dem 5. Juli 1899 schwärzlichen Ausfluss; häufig Bauch- und Rückenschmerzen. — Vulva und Vagina bläulich verfärbt; Vag. Portion aufgelockert, verbreitert; geschlossen; das Corpus uteri so gross wie zwei Fäuste, ziemlich weich, beweglich, von rundlicher Form, nicht druckempfindlich.

Diagnose: Schwangerschaft von 3 $^1/_2$ Monaten, zum Stillstand gekommen. Am 8. August, d. h. 6 Wochen später, klagt Patientin neuerdings über Rücken- und Bauchschmerzen, über geringen rosafarbenen Ausfluss und ein constantes Bedürfnis zu urinieren. Abdomen an Umfang nicht zugenommen; innerer Mm. geöffnet, jedoch nicht genügend, um mit dem Finger in das Uteruscavum eindringen zu können. Uterus ist etwas kleiner als vor sechs Wochen. Behandlung 0,6—0,7 gr. Ergotin täglich; am 15. August keine Leibschmerzen mehr, dagegen noch Rückenschmerzen. Am 22. August keine Beschwerden mehr, Uterus verkleinert. Keinen Ausfluss mehr. Am 3. November präsentiert sich Patientin neuerdings, da sie seit 5 Wochen kleine Blutkoagula verliert und wiederum Rückenschmerzen hat. Status wie am 8. August. Behandlung: Ergotin; Uterus. — Dilatation in Aussicht genommen. Am 6. November ziemlich starker Blut-Abgang; Cervicalkanal 3 cm. lang passierbar; man fühlt den untern Eipol. Mittelst einer Pincette wird die Uterushöhle von den sie ausfüllenden Massen entleert; starke Blutung. Curettage. Intrauterine Lysol-Spühlung. Glatter Verlauf.

Dieser Fall ist äusserst interessant betreffs der Diagnose:

Eine Volumszunahme des Uterus kann constatiert werden bei der chronischen Metritis und beim interstitiellen Myom; bei der chronischen Metritis ist die Form nicht rundlich wie bei Gravidität; der Breiten-

durchmesser ist grösser wie der Tiefen-Durchmesser; es besteht immer eine gewisse Sensibilität, sei es bei Druck, sei es dass man das entzündete Organ bewegt; diese Sensibilität existiert nicht beim schwangeren Uterus. Bei der Metritis ist die Gebärmutter weniger weich als bei der Schwangerschaft etc.

Beim Myom finden wir die Form des Uterus weniger regelmässig: Consistenz nicht gleichmässig; harte Stellen wechseln mit weichen Partien ab. Zieht man diese Momente in Betracht, so ist die Diagnose «Schwangerschaft» im vorliegenden Falle schon zu stellen gewesen. Schwieriger war die Diagnose: Stillstand der Schwangerschaft.

Die Schwangerschaft hatte kurz nach dem 22. November 1898 ihren Anfang genommen; das degenerierte Ei von 3 $^1/_2$ Monaten wurde erst am 6. November 1899 also 11 $^1/_2$ Monate später ausgestossen.

Welches ist der Grund dieser Anomalie? Syphilis und Albuminurie waren nicht im Spiel. Es handelt sich eventuell um eine Innervationsstörung des Uterus. Schon der erste Abortus zeichnete sich durch Eigentümlichkeiten aus: keine Schmerzen bei der Austreibung des Fœtus; kein Blutabgang, der den Anfang der Fehlgeburt angezeigt hätte. Auch diesmal reagierte der Uterus nicht, oder fast nicht betreffs des Fremdkörpers d. h. des abgestorbenen Eies und sobald man mit der Loslösung des degenerierten Eies begann, stellte sich eine starke Haemorrhagie ein, die auf ein absolutes Mangeln der Contraktionen der atrophierten Gebärmuttermuskulatur zurückzuführen ist.

Diskussion:

Prof. Rapin, Lausanne: erinnert an einen, der Gesellschaft vor einigen Jahren mitgeteilten Fall: es handelte sich um einen 4 Monate alten Fœtus, der 11 Monate getragen wurde. Des weitern demonstriert R. einen **Hemicephalus mit Spina bifida.** Der Mutter wurde vor Jahresfrist das rechte Ovarium mit Tube entfernt und das cystische rechte Ovarium kautherisiert: trotzdem trat nach drei Monaten Schwangerschaft ein.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Prof. O. Wyss:

Angeborene linksseitige Hydronephrose etc. (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 7, 1900, **pag.** 213.)

Prof. O. Wyss legt ein Präparat vor, das Dr. H. O. Wyss bei einer Obduktion eines acht Monate alten Mädchens gewann, das in den letzten Wochen an seltenen, anscheinend *erschwerten Harnentleerungen* (ein Mal in 24 Stunden). Pyurie und Albuminurie, aufgetriebenem, überall gedämpftem Abdomen, das zudem deutliche Wellenfluktion zeigte, litt. Der Tod erfolgte im Coma mit Convulsionen. Es fand sich als Ursache der Schwierigkeit der Blasenentleerung ein Tumor. der von links und vorn von der Austrittstelle der Urethra sich nach hinten und rechts vorwölbte, die hintere Blasenwand berührte, ca. ein Drittel der ausgedehnten Blase einnahm und evident die Harnröhrenöffnung in der Blase verlegt hatte. Es war dies der colossal dilatierte, in die Blase hinein in Form einer zwetschgengrossen Geschwulst prominierende linke Ureter. Auch ausserhalb der Blase links, starke Ausdehnung der zwei, von der linken, in Folge Hydronephrose völlig entarteten Niere, nach der Blase sich hinziehenden Ureteren. Keine Communikation des einen in jenen ausgedehnten sackartigen Tumor einmündenden linken Ureters mit der Blase. Rechts ebenfalls zwei, dicht über der Blase sich vereinigende dilatirte Ureteren; doch war hier die Ausdehnung weniger beträchtlich als links. Rechts Hydronephrose mässigen Grades mit eitriger Pyelitis und parenchymatöser Nephritis. Es handelt sich also um *angeborene linksseitige Hydronephrose in Folge Atresie des einen der zwei linksseitigen Ureteren; sehr starke Dilatation des Blasenteils des linken Ureters; so Bildung eines durch Harn gefüllten Tumors in der Blase, der die Urethra verlegte und zeitweise Urinretention bedingte;* in Folge dessen: *Dilatation der Blase, Cystitis, Dilatation auch des rechten Ureters,* des rechten Nierenbeckens, *Nephropyelitis rechts und Nephritis mit Hydronephrose.* (siehe pag. 76, Inaugural-Dissertation von Dr. Gallusser).

Diskussion:

Prof. Ribbert: erwähnt, dass ähnliche Fälle von congenitalem Ureterenverschluss von *Boström* mitgeteilt wurden; in einem derselben ragte der blasenförmig erweiterte Ureter aus der Urethra heraus.

Dr. Hottinger: macht auf die diesbezüglichen Arbeiten von Englisch in Wien aufmerksam. Ein Mal handelte es sich um eine congenitale Ureterenmissbildung bei einem Erwachsenen, wo die Diagnose erst bei der Sektion gemacht wurde.

Dr. R. Stierlin:

Ueber Nabelkothfisteln der Neugeborenen. (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 10, 1900, pag. 311.)

Die Fistel treten erst nach dem Abfallen des Nabelschnurstumpfes in die Erscheinung, sind also nicht eigentlich congenital. Die bedeutsamste Form derselben beruht auf einer fœtalen Hemmung, dem totalen Offenbleiben des Dotterganges.

Ein hieher gehöriger Fall wurde im Sommer 1896 im Alexanderspital in Sofia von dem Vortragenden beobachtet und operiert.

Ein zwei Monate altes Kind männlichen Geschlechtes, im Allgemeinen gut entwickelt, zeigte am Nabel einen penisartigen Zapfen mit Schleimhaut bekleidet und mit einer Oeffnung an der Spitze, durch welche man in den Darm gelangte. Beim Schreien und Pressen traten aus der Oeffnung geringe Mengen von Darminhalt. Die Basis des Auswuchses wurde vom Nabelring eng umschlossen. Nach Spaltung des Nabelringes konnte man den umgeschlagenen Rand der Schleimhautausstülpung ablösen und ein etwa 6 cm. langes cylindrisches Gebilde entwickeln, welches an einer Dünndarmschlinge, dem Mesenterium gegenüber inserirt war. Dasselbe wurde abgetragen, der Stumpf vernäht, ebenso die Nabelöffnung. Rasche Heilung.

In der Litteratur findet sich eine Anzahl von Fällen, welche dem eben beschriebenen auf's Haar gleichen; die Fälle der letzten Jahre sind alle mit Erfolg operiert worden. Die Entstehung dieses typischen, klinischen Bildes des offenen Meckel'schen Divertikels ist so zu erklären, dass der in der Nabelschnur verlaufende Teil des Dotterganges bis zum Nabel der Munifikation verfällt. Die freien Ränder des Kanales verkleben dann mit der Nabelhaut und wenn nun die Bauchpresse wirkt, stülpt sich der Gang nach aussen um, genau in derselben Weise wie ein Prolapsus recti.

In diesem Stadium ist das offene Divertikel ein harmloses Gebrechen. Geht aber der Umstülpungsprozess weiter, so zwängt sich schliesslich der

Darm selber durch die Oeffnung und man sieht dann auf dem Bauche des Kindes einen grossen, wurstförmigen, schleimhautbekleideten Tumor liegen, mit einer Oeffnung an jedem Ende, mit dem Nabel durch einen ebenfalls schleimhautbedecken Stiel verbunden.

Dieser Zustand ist für die kleinen Patienten durch die damit verbundenen Erscheinungen von Darmobstruktionen verderblich, wenn nicht rasche Hülfe durch operativen Eingriff erfolgt. Für die therapeutischen Indikationen ergiebt sich aus dieser Darstellung, dass womöglich jede Divertikelkothfistel im ersten Stadium operiert werden soll und zwar in radikaler Weise durch einen den anatomischen Verhältnissen Rechnung tragenden Eingriff.

Eine Verwechslung mit Nabelgranulom muss unter allen Umständen vermieden werden, da daraus fatale Situationen entstehen können, wie ein von *Löwenstein* publizierter Fall illustriert.

Dr. Friedr. BRUNNER:

Ueber grosse Ovarialtumoren. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 12, 1900, pag. 376.)

Der Vortragende berichtet über einen Fall von kolossalem, 70 Kilo schwerem Eierstocktumor, den er operiert hat. Er hat aus der Litteratur eine Anzahl Fälle von grossen Ovarialgeschwülsten zusammengestellt, aber nur drei finden können mit noch grösseren Geschwülsten. Der Fall ist auch noch dadurch bemerkenswert, dass, obwohl bei der Operation nichts Verdächtiges bemerkt wurde und dieselbe ganz glatt verlief, sich bald eine ausgedehnte Carcinose des Peritoneum entwickelte, die drei Monate nach der Operation zum Tode führte.

Diskussion:

Dr. Schwarzenbach: erinnert an die Gefahren der Punktion der Ovarialcysten vor der Laparotomie. In dem mitgeteilten Falle kann die bösartige Geschwulst von Keimen ausgegangen sein, welche bei oder nach der Punktion aus dem Cysteninnern auf's Peritoneum gelangt sind.

Dr. W. Schulthess: erwähnt einen Fall, wo ebenfalls nach Exstirpation eines gutartig befundenen Ovarialcystoms sich allgemeine Carcinose entwickelte.

Dr. Lüning: frägt an, ob nach der Punktion Collapserscheinungen eingetreten seien und welche Massnahmen man zur Verhütung derselben genommen habe.

Dr. F. Brunner: antwortet, er habe keine weitern Vorsichtsmassregeln angewendet. Patientin habe bei der Punktion viel gehustet, sonst aber nichts Auffallendes gezeigt. Der Puls habe sich nach Entfernung des Tumors nicht wesentlich verändert.

Dr. Friedr. Brunner:

Demonstration aus dem Gebiet der Urogenitalchirurgie. (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 12, 1900, pag. 376.)

Zwei tuberkulöse, durch Nephrectomie entfernte Nieren, bei welchen der relativ geringfügige pathologisch-anatomische Befund in grellem Widerspruch steht zu den hochgradigen Beschwerden, welche sie ihren Trägerinnen verursachten. Die Patientinnen waren seit einem, resp. zwei Jahren wegen häufiger Anfälle von hohem Fieber und Schmerzen arbeitsunfähig; die eine der Nieren zeigte neben alten Narben einen einzelnen, haselnussgrossen, tuberkulösen Herd, die andere nur einige erbsengrosse Abscesschen. Der Vortragende ist der Ansicht, dass, wenn sich die Diagnose einseitiger Nierentuberkulose stellen lässt, noch bei relativ geringen Beschwerden die Nierenexstirpation indiziert ist. Seine beiden Patientinnen machten eine rasche, in jeder Beziehung normale Rekonvalescenz durch, nahmen an Gewicht zu und sind von ihren Beschwerden befreit.

Diskussion:

Dr. Huber: Ich möchte mir zur Diskussion über den klinischen Verlauf der Nierentuberkulose einige Worte erlauben. Ich kenne einen jungen Herrn, der vor mehr als Jahresfrist manifest erkrankte, mit Tuberkelbacillen im Harn, mikroskopisch und durch das Tierexperiment festgestellt, wobei allerdings einseitige Erkrankung nicht ganz sicher. von einer Nierenexstirpation Umgang genommen wurde und der Patient sich seither unter günstigsten Aussenbedingungen (Höhenaufenthalt und reichliche Ernährung bei viel Ruhe) andauernd wohl befindet, fieberfrei ist, an Körpergewicht beständig zunimmt und nur ein minimes Eiter-

sediment abscheidet. Als zweiten Fall, bei dem der Verlauf noch eclatanter «gutartig» war, sehe ich von Zeit zu Zeit ein Fräulein von 22 Jahren, bei dem im Anschluss an stürmische Initialerscheinungen vor vier Jahren von Prof. Eichhorst schon die Diagnose auf Nierentuberkulose gestellt wurde. Seither, seit ca. vier Jahren, hat die betreffende Dame sozusagen keine ungesunde Stunde mehr verlebt. Sie sieht blühend aus, hat weder Nieren- noch Blasensymptome, der Harn enthält ca. $^1/_4$-$^1/_2$ ‰ Eiweiss mit entsprechendem Eitergehalt, ziemlich reichliche Tuberkelbacillen (noch vor kurzem im hygienischen Institut als ächte durch den Impfversuch am Tier bestätigt). Ich brachte bis jetzt das Fräulein nicht einmal dazu, sich nur cystoscopisch untersuchen zu lassen, geschweige denn, eine Operation nur in Erwägung zu ziehen, so völlig gesund fühlt sich die Kranke.

Diese Beobachtungen scheinen mir nur zu beweisen, wie beschwerdefrei und sozusagen latent unter Umständen die Nierentuberkulose oft lange Zeit verlaufen kann.

Dr. W. Schulthess: Die beiden Patientinnen Dr. Brunner's hatten schwere Erscheinungen. Dass die Operation gut war, beweist die Erfahrung, dass seither bei diesen Kranken die schweren Symptome nicht mehr aufgetreten sind. An den Präparaten konstatiert man allerdings die Ausheilung verschiedener Abscesse.

Dr. Hottinger betont ebenfalls die grosse Mannigfaltigkeit im klinischen Bild und die zeitlichen Unterschiede im Ablauf der Urogenitaltuberkulose. Für richtiges Handeln ist es von grossem Wert, so frühzeitig wie möglich eine möglichst genaue Diagnose über Sitz und Ausdehnung der Affektion zu erlangen. Dass hierfür Cystoscopie und Ureterkatheterismus grosse Dienste leisten können, hat Votant früher schon ausgeführt; er erinnert hier nur speziell daran, wie oft eine Nierenaffektion unter dem Bilde einer Cystitis auftritt und wie die Cystoscopie durch Constatierung einer Uretererkrankung oder von Veränderungen in deren Höhe auf den renalen Ursprung der Erkrankung hinzuweisen im Stande ist.

Dr. F. Brunner: erklärt, wenn die Erkrankung auf eine Seite beschränkt sei, dann würde er immer die Niere entfernen, auch wenn keine heftigen Erscheinungen bestehen.

Prof. O. Wyss:

Ein Fall von Osteomalacie. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 14, 1900, pag. 440.)

Schwächlich; grosser Bauch; blieb seit dem 8. Jahre erheblich im Wachstum zurück. Mit 16 Jahren Schmerzen in den Oberschenkeln und zunehmende Schwäche in den Beinen; schmerzhafter Krampf in der linken Hand mit Schiefstellung des Armes; mit 17 Jahren wieder Krampf, zuerst links, später auch rechts in Fuss und Hand, in den Flexoren; mit 20 Jahren leichte Diphterie; seither kann Patientin nicht mehr stehen und gehen; so ist sie seit zwei Jahren unverändert bettlägerig. Aerztliche Behandlung hatte keinen Erfolg. Anfang Dezember 1899 bekam sie bei einem heftigen Schreck wieder die erwähnten Streck-Krämpfe der Finger.

Dr. Bär (Zürich) machte mehrfache Röntgenaufnahmen und stellte zuerst die Diagnose auf Osteomalacie.

Heute noch imponiert die 22-jährige Patientin beim ersten Anblick als ein Kind von 10-12 Jahren. Körperlänge im Liegen 121,5 cm. Körper mager, klein; Extremitäten schlank. Brustumfang über die Mamilla beträgt 66,5, der Bauchumfang über den Nabel gemessen 73,5 cm., der horizontale Kopfumfang 52 cm. Der Habitus ist ein durchaus kindlicher. Die Wirbelsäule zeigt beim Liegen und beim Sitzen eine deutliche, nicht unbeträchtliche Lordose der Lenden- und unteren Brustwirbelgegend. Das Becken ist breit; die Hüftbeine flach; die Gegend der Spinæ ossis ilei anter. super. auf Druck etwas empfindlich. Symphysis ossium pubis tastbar. Sitzknochen bei stärkerem Drucke schmerzhaft. Beckenmasse

Max.-Distanz der cristæ ossis ilei . . .	219
Der Spinæ ant. sup.	201
Der Trochanter maj.	231
Tubera oss. ischii	63
Lendenwirbelgruppe. Symph. Baudeloque	155
Conj. diagonæ. (promont. symph.) . .	103

d. h. die Durchmesser des grossen Beckens und besonders der Trochanteren sind klein, die Cristæ der Darmbeine sehr stark gekrümmt und die schnabelige Symphyse, die parallel laufenden Schenkel des Schambogens und die einander genäherten Tubera ischii sind charakteristisch.

Die Betrachtungen werden in schönster Weise durch die von Herrn Dr. Bär aufgenommenen Röntgenbilder bestätigt.

Für den vorliegenden Fall scheint die Ovulation kaum von Einfluss auf die Osteomalacie sein zu können, da Patientin noch nie menstruierte. Gleichwohl dürfte die Castration indiziert sein, da ohne Zweifel eine linksseitige Ovarialcyste vorliegt, deren Beseitigung doch wohl für sich allein schon gerechtfertigt ist und da die P-Therapie erfolglos blieb.

Diskussion:

Dr. Bär: Ein Unterschied zwischen Osteomalacie und Rachitis ergibt sich auch aus dem Röntgenbilde, indem an den Partien, wo zwei ossificirende Stellen zusammentreffen, bei Rachitis dunklere Schatten sich zeigen.

Dr. W. Schulthess: hält den besprochenen Fall auch für Osteomalacie. Er hat einen Fall von Spätrachitis beobachtet bei einem 18-jährigen Mädchen, bei welchem alle Knochen an den Epiphysen aufgetrieben und schmerzhaft waren. Dass osteomalac. und rachit. Becken zuweilen einander sehr ähnlich sehen, kommt davon her, dass es für die Gestalt des Beckens von grosser Wichtigkeit ist, in welchem Alter der Krankheitsprozess auftritt, ob er langsam oder rasch sich entwickle etc.

Prof. Wyder:

Klinische Demonstrationen. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 24, 1900, pag. 775.)

I. *Angeborene Struma von Faustgrösse.* Kind kam todt in Beckenendlage zur Welt. Die Geburt bot keine weiteren Besonderheiten dar.

II. *Myomenucleation mit Eröffnung der Uterushöhle und consecutiver verlaufender Schwangerschaft und Geburt.* 41-jährige Frau. Kindskopfgrosses interstitielles Myom in der rechten vorderen Uteruswand; starke Schmerzen, Menorrhagien. Bei der Enucleation wurde die Uterushöhle unabsichtlich in einer Länge von ca. 5 cm. eröffnet. Nach Schluss derselben durch Catgutnähte wurde das Geschwulstbett durch tiefe Etagennähte (Seide) geschlossen und am 5. Mai 1900 trat die Frau nach völlig normal verlaufener Schwangerschaft wieder in die Klinik ein und erfolgte



daselbst nach 5-stündiger Wehenthätigkeit die spontane Geburt eines lebenden ausgetragenen Kindes. Wochenbett normal.

III. *Carcinoma corporis uteri. Abdominelle Totalexstirpation. Darmresektion; Heilung.* Da der Uterus über faustgross war und man bei der Untersuchung an der rechten oberen Uteruskante einen Knoten gefühlt hatte, über dessen Bedeutung man sich nicht ganz klar war, wurde zur abdominellen Totalexstirpation geschritten. Unterste Partie des Dünndarmes mit dem Uterus verwachsen und von Carcinomknoten durchsetzt, welche eben jener bei der äusseren Untersuchung gefühlten Resistenz am rechten Uterushorn entsprachen.

IV. *Sectio Cæsarea aus relativer Indikation 1896. Vier Jahre später spontane Geburt.* 1886 Frühgeburt im VI. 1892 im VIII. Monat. 1894 künstliche Frühgeburt anderwärts. Kind starb nach einigen Wochen. 1895 Todtgeburt im VII. Monat. Allgemein verengtes Becken mit Conj. vera von $8^1/_4$-$8^1/_2$ cm. Am 8. März 1896 conservativer Kaiserschnitt. Kind stirbt nach vier Wochen. Ende 1899 kam die Frau kurze Zeit vor dem normalen Ende der Schwangerschaft kreissend in die Klinik, woselbst nach 24-stündiger Geburtsarbeit die spontane Geburt eines 48 cm. langen und 2825 Gramm schweren Knaben erfolgte.

V. *Spontane Uterusruptur; Kind in der Bauchhöhle; Laparotomie; supravaginale Amputation des Uterus. Luftembolie. Tod.* Die Luftembolie ist offenbar in direktem Zusammenhang mit der Ruptur (seitlich von der Medianlinie, von der Cervix bis zum Fundus uteri reichend), nicht mit der supravaginalen Uterusamputation zu bringen, da bei letzterer ein constringirender Gummischlauch appliziert worden war.

VI. *Drei Fälle von Syncytioma malignum.* Der erste Fall betraf eine 27-jährige Frau. Der Tod trat unter den Erscheinungen einer allgemeinen Sepsis ein, welche die Totalexstirpation des Uterus als erfolglos erscheinen liess. Multiple Metastasen des Syncytiums in den Lungen. Im zweiten Falle handelte es sich um enorme innere Blutung: destruirende Blasenmole mit Perforierung der Uteruswand. Tod an akuter Anæmie, eine Stunde nach der ausgeführten Laparotomie.

Im dritten Falle, wo bei einer 24-jährigen Frau frühzeitig die Diagnose auf Syncytioma malignum gestellt werden konnte, wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus mit gutem Erfolg ausgeführt. Vier Monate nach der Operation erscheint die Frau noch recidiv frei.



Zahnärztliche Gesellschaft Zürich.

Dr. Frick:

Ueber den Zusammenhang zwischen der Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahre und der Zahncaries. (Bd. X, pag. 217, der Schweizerischen Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.)

Dr. F. hat schon seit Jahren versucht, eine Ursache zu finden für die Thatsache, dass in der Nordschweiz und ganz besonders im Kanton Zürich die Zahncaries eine so häufige Krankheit ist, wie kaum sonstwo. Klima, Wasser und Lebensweise können zum Teil daran schuld sein; die Hauptursache liegt aber in der Art und Weise der Ernährung im ersten Lebensjahre. An Hand einer eigenen Statistik beweist F., dass Kinder, die an der Mutterbrust gestillt worden sind, ausnahmslos ganz bedeutend bessere, d. h. weniger der Caries anheimfallende Zähne besitzen, als solche die künstlich aufgezogen wurden. Diejenigen Länder, in welchen das Säugen der Kinder die Regel bildet, wie Süd-Italien, Süd-Frankreich, Spanien, Ungarn und Norddeutschland, kennen auch die Caries kaum vor dem 20. Altersjahre.

Diskussion:

An derselben beteiligen sich fast alle Anwesenden. Von mehreren Seiten wird die Ansicht ausgesprochen, dass ja wohl die Muttermilch als die von der Natur vorgesehene, zugleich die beste Nahrung für das Kind sei; doch wird angenommen, dass die überaus schlechten Zähne der Nordschweiz, speziell Zürichs, mehr die Folge des Klimas und der Lebensweise seien. Es werden auch einige Fälle erwähnt, welche gegen Fricks Behauptungen sprechen.

Dr. Frick: macht noch speziell darauf aufmerksam, dass nach seinen Beobachtungen Caries der Milchzähne bei Kindern, die 10 oder mehr Monate Muttermilch genossen, gar nicht vorkomme, während Hunderte von Kindern, die künstlich ernährt wurden, oft schon vom 3. und fast regelmässig vom 6. Lebensjahre an Caries der Milchzähne aufweisen.

Siehe unter Originalarbeiten, pag. 16: Dr. Billeter, *Zum Kapitel: Zahncaries und Lactation.*

V.

Verschiedenes.

Dr. Beuttner, Genf:

Hängebauch. (Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie von Prof. Sänger und Prof. von Herff. 1900, pag. 408. I. Band.)

Wir müssen zwei Arten desselben unterscheiden: 1. Denjenigen Hängebauch, den wir häufig bei graviden Frauen mit engen Becken und bei schwangeren Multiparis finden und

2. denjenigen, den wir nicht allzu selten bei nicht schwangeren Frauen zu sehen bekommen.

Aetiologie: ad. 1. Enges Becken; starke Beckenneigung; Grösse der Schwangeren; abnorme Nachgiebigkeit der Bauchdecken; Lordose der Lendenwirbelsäule; Spondylolisthesis etc.

ad. 2. Krankhafte Veränderungen der gesammten weichen Bauchwandungen. Ovarial- und Uterustumoren, Hydronephrose, Ascites etc.

Verlauf und Prognose hängen von den ätiologischen Momenten ab; ebenso *die Prophylaxe.*

Bezüglich der *Therapie* des Hängebauches Schwangerer kämen Leibbinden in Betracht. Bei der Geburt soll sich die Gebärende möglichst bald niederlegen; der Hängebauch soll in die Höhe gebunden werden, um die richtige Einstellung des vorliegenden Kindesteiles und die normale Eröffnung des Muttermundes zu ermöglichen; tritt das Promontorium sehr stark im Becken vor, so ist oft Seitenlage anzuraten; *ad. 2* muss in

extremen Graden des Hängebauches auf einen Versuch der Radikalheilung verzichtet werden; bei frischen, nicht zu schweren Fällen käme die Anwendung des faradischen Stromes, kalte Douchen, Massage u. s. w. in Betracht.

Hernien der schwangeren Gebærmutter. (Ibid., pag. 434. I. Band.)

Durch dieselben Oeffnungen, durch welche die Eingeweide unter pathologischen Bedingungen als Brüche austreten, kann auch einmal der Uterus passieren und in der Folgezeit Gravidität eintreten! Nach der neuesten Zusammenstellung von *Küstner* sind bis jetzt 15 Fälle von Inguinalhernien bekannt, von denen in 8 Fällen Gravidität eintrat. Schenkelhernien wurden zweimal beobachtet, dagegen ohne Gravidität. Die Gebärmutter-Nabelbrüche sind ebenfalls sehr selten. Was die *Diagnose* anbetrifft, so ist selbe in unkomplizierten Fällen leicht und lässt sich aus den bei Hernien und Gravidität auftretenden Symptomen stellen. Was die *Therapie* anbelangt, so muss selbe selbstverständlich mit der Prophylaxe beginnen. Eine in einem Bruchsacke gelegene, nicht schwangere Gebärmutter, muss reponiert und in richtiger Lagerung erhalten werden; gelingt eine einfache Taxis nicht, so muss die Radikaloperation des Bruches mit Reposition der Gebärmutter ausgeführt werden. Der Verlauf der bis jetzt bekannten 8 Fälle von schwangeren Hysterocelen war folgender: einmal erfolgte Abortus, zweimal Frühgeburt, viermal wurde der klassische Kaiserschnitt mit drei unglücklichen Ausgängen für die Mütter, einmal die Porro-Operation mit Erfolg ausgeführt.

Vorfall des schwangeren Uterus. (Ibid., pag. 459. II. Band.)

Darunter versteht man streng genommen diejenige Lageveränderung, bei der der schwangere Uterus ganz oder doch in beträchtlicher Ausdehnung vor der Vulva liegt. Praktische Rücksichten lassen es jedoch angezeigt erscheinen, neben dem Prolapsus uteri gravidi auch noch den Descensus uteri gravidi und die Hypertrophia cervicis uteri gravidi mit in den Bereich der Besprechung zu ziehen. Bezüglich der Aetiologie des Vorfalls schwangerer Gebärmütter ist zu bemerken, dass vor eingetretener Schwangerschaft vielleicht schon ein Descensus oder Prolapsus bestanden hat; während der Gravidität kann der Vorfall zustande kommen durch weites Becken, weite Schamspalte, Fall auf den Rücken etc. Was die Aetiologie der Cervixhypertrophie anbetrifft, so wäre alles das anzuführen, was über dessen primäre oder sekundäre Entstehung (Scheiden-

vorfall) bekannt ist. Der Verlauf des Vorfalles der schwangeren Gebärmutter kann sich sehr verschieden gestalten. Die Symptome setzen sich aus denjenigen des Vorfalles (inclusive Hypertrophie) überhaupt und denjenigen der Gravidität zusammen. Die Diagnose ist leicht. In prophylactischer Hinsicht sind Dammrisse auf operativem Wege zur Heilung zu bringen. Lageveränderungen des Uterus und der Scheide sind entweder conservativ oder operativ in Angriff zu nehmen. Bei Cervixhypertrophie kann eine mehr oder weniger ausgedehnte Amputation in Frage kommen. Ist bereits Schwangerschaft eingetreten, so richtet sich die Therapie je nach dem Verlauf und der Individualität des Falles. Im allgemeinen wird man die Reposition des geschwängerten Fruchthalters anstreben und selben durch Applikation von Pessaren und Meyer'schem Ring in der richtigen Lage zu erhalten suchen. Andauernde Bettlage ist oft von vorzüglichem Erfolg. Wird die Cervixhypertrophie erst während der Gravidität zur ärztlichen Kenntnis gebracht, so wird es vorzuziehen sein, sich einer Amputation vorderhand zu enthalten. Wird der Arzt erst während der Geburt zu Rate gezogen, so wird sein therapeutisches Handeln je nach der Eigenheit des einzelnen Falles ein sehr verschiedenes sein; er wird häufig in die Lage kommen, die Eröffnungsperiode durch Cervixincisionen abzukürzen oder überhaupt zu beendigen; dabei können weitere geburtshülfliche Operationen, Zange, Wendung etc. nötig werden.

Dr. Gelpke, Liestal:

Alexander-Adam'sche Operation. (Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynækologie v. Prof. Sänger und Prof. v. Herff. 1900, pag. 30).

Historischer Ueberblick. Im Bereiche des deutschen Sprachgebietes verhielt man sich lange Zeit auffallend zurückhaltend. Unter den ersten deutschen Chirurgen, welche die Operation versuchten, sind zu nennen: Zeiss, Kümmell, Kocher, Gelpke, Werth, Kummer, Stocker u. A. Gegenwärtig erfreut sich das Verfahren auch in Deutschland (und der Schweiz, Ref.) ziemlich allgemeiner Gunst und wird hier unter anderen geübt und empfohlen von Lanz, Küstner, Calmann, Abbé, Baumann, P. Müller, Erlach, Veit, Fritsch, Chrobak, Pfannenstiel, Pernice, Asch. Grusdew, Bumm.

Anatomisches. Das Ligamentum rotundum ist ein runder Strang von 12-26 cm. Länge, von 2-3 mm. Dicke in der mittleren Portion (5-7 mm. nach Henle), häufig, besonders bei Metritis, wesentlich dicker, bei marantischen Individuen und bei Greisinnen wesentlich dünner. Einmal unter ca. 80 Fällen wurde bei einer gutgenährten 45-jährigen das rechte Band abnorm dünn ca. 1 mm. dick gefunden (GELPKE), etc.

Technik der Operation. Schnitt parallel mit dem Lig. Poupartii, 5-8 cm. lang. G. spaltet den Leistenkanal (Zeitschr. f. Gyn. und Geb., Band 26, 2) einige Centimeter, zieht das Band direkt medianwärts, verbindet es subcutan mit dem gegenüberliegenden Bande durch einige Seidennähte und näht überdies jedes einzelne Band durch mehrere Suturen auf der Bauchfascie fest.

Am meisten Anhänger dürfte zur Zeit das *Kocher*'sche Verfahren, wenigstens in Deutschland haben, störend ist dabei bloss der sehr lange Hautschnitt. Hauptsache ist ein kräftiges Emporziehen des Uterus, solide, mehrfache Befestigung der runden Bänder (kein Catgut!) und sorgfältiger Verschluss des Leistenkanales.

Anzeigen und Dauererfolge. Die Alexander-Operation ist angezeigt bei allen freien Retroflexionen, wo überhaupt ein chirurgischer Eingriff nötig ist; besonders wird sie empfohlen bei den sogenannten virginellen Formen; ausgeschlossen sind zur Zeit absolut alle fixirten Retroflexionen; dagegen geben Prolapse in Combination mit plastischen Dammoperationen sehr gute Resultate.

Recidive sind in den letzten Jahren selten geworden. Geburten wurden in den letzten Jahren in grosser Anzahl beobachtet; aber kein Fall von Geburtsstörung, so viel aus der Litteratur ersichtlich. Hernien sind heute, bei regelrechter Asepsis und solider Pfeilnaht wohl immer zu vermeiden.

Dr. H. MEYER, Zürich:

Milchpræparate und Ersatzmittel der Milch. (Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie v. Prof. Sänger und Prof. v. Herff, 1900, pag. 49, II. Band.)

Erstere stellen durch bestimmte Verfahren zubereitete Milch dar und bezwecken die Mängel, welche der frischen verdünnten Kuhmilch als

Säuglingsnahrung anhaften, zu umgehen. Letztere ahmen aus animalischen oder vegetabilischen Stoffen die procentuale Zusammensetzung der Milch nach und wollen eine etwas konsistentere, unter Umständen auch besser verdauliche Nahrung bieten. Man kann folgende Typen unterscheiden: 1. Sterilisierte Milch. 2. Condensierte Milch. 3. Humanitisierte Milch (Gartner'sche Fettmilch, Backhaus, Löfflund, Voltmer-Lahmann). 4. Künstliches Rahmgemenge (Rahmkonserve). 5. Kindermehle.

Ernährung des Säuglings. (Ibid., pag. 232, 2. Band).

Das neugeborene Kind wird 8-10 Monate an der Mutterbrust gestillt. Gegenanzeigen bilden: Tuberkulose, hochgradige chronische Anæmie, Nierenleiden, Carcinom, Epilepsie etc. Das Kind wird 10-12 Stunden nach der Geburt zuerst angesetzt, dann bekommt es die Brust die ersten zwei Tage vierstündlich, den 2. und 3. Tag dreistündlich und erst vom 5. Tage an $2^1/_2$-stündlich, während 10-20 Minuten. Nachts wird eine fünf bis sechsstündige Pause gemacht. Ausputzen des kindlichen Mundes ist überflüssig, ja schädlich. Milchmangel kann am genauesten durch Wägung des Säuglings vor und nach dem Trinken festgestellt werden. Wunde Warzen treten besonders gerne am 3. bis 6. Tage auf und werden am besten mit desinfizierenden Umschlägen und dabei Anwendung von Warzenhütchen mit Doppelsauger behandelt. Das Ammenwesen wirkt entsittlichend auf die Ammen selbst. Der beste Ersatz der Muttermilch ist die gekochte, verdünnte und gezuckerte Kuhmilch. Man verdünnt sie in der ersten Woche mit der doppelten, bis zum 3. Monat mit der gleichen, bis zum 6. Monat mit der halben Menge einer 10-prozentigen Milch-oder Rohrzuckerlösung. Sehr empfehlenswert ist die Benutzung des Milchkochapparates nach Soxhlet. Wenn aus irgend welchem Grunde die Brusternährung nicht hinreicht, so kann eine beschränkte Zeit lang abwechslungsweise Brust und Flasche gereicht werden.

Gewichtszunahme des Säuglings. (Ibid. pag. 233, II. Band.)

In der ersten Woche verliert der Säugling 200-300 gr. an Gewicht. Am 10. bis 14 Tage soll das ursprüngliche Gewicht wieder erreicht sein und von da an täglich eine Zunahme von 20-30 gr. festgestellt werden können. Zwischen dem 4. und 5. Monat ist das Kind doppelt und am Ende des ersten Jahres drei Mal so schwer wie bei der Geburt.

Dr. Walthard, Bern:

Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals. (Encyklopædie der Geburtshülfe und Gynækologie v. Prof. Sänger und Prof. v. Herff, 1900, pag. 101. I. Band.)

Alle oberhalb des äusseren Muttermundes liegenden Teile im Cervicalkanal, Cavum corporis uteri, die Tuben, Ovarien und Pelveoperitoneum sind bakterienfrei. Die unterhalb dieser Gegend liegenden Teile Vagina und Vulva sind bakterienhaltig. Die Ursache dieser Zweiteilung liegt erstens im Verhalten des Cervixdrüsensekretes den Vaginalmikroorganismen gegenüber. Letztere gedeihen nicht im Cervixdrüsensekret. Chemisch zeigt das Sekret der Cervixdrüsen die Reaktion der unter dem Namen Mucine bekannten Körper. Eine weitere Ursache der Zweiteilung des Genitalkanals sehen wir in der Anwesenheit polynucleärer Leucocyten in der Grenzgegend. Im Sekret dieser Gegend kann mikroskopisch Phagocytose beobachtet werden. Schliesslich werden die eben erwähnten antibakteriell wirkenden Faktoren durch das Abfliessen des Cervixdrüsensekretes in die Vagina unterstützt.

Vaginalsekret. (Ibid. pag. 434. II. Band.)

Das Sekret der gesunden Vagina ist für das Auge, wie für das Tastgefühl, fein geronnener Milch ähnlich. Die chemische Reaktion ist deutlich sauer. Mikroskopisch enthält das Vaginalsekret der gesunden Frau: Plattenepithelien, Cylinderepithelien mit schlechter Kernfärbung, Trichomonas vaginalis und Mikroorganismen. Vaginalsekret neugeborener Mädchen sofort nach der Geburt untersucht, zeigt bald schwach saure, bald amphotere, bald leicht alkalische Reaktion. Wenige Stunden nach der Geburt ist auch das Vaginalsekret der neugeborenen Mädchen bakterienhaltig. Das Vaginalsekret gesunder Frauen mit makroskopisch gesunder Vagina enthält verschiedene Bakterienarten. Das grösste Interesse beanspruchen diejenigen Bakterien im Vaginalsekret, welche morphologisch und biologisch den Erregern eitriger Erkrankungen im weiblichen Genitalkanal, den Streptococcen, ähnlich sind. Das Vorkommen von Streptococcen im Vaginalsekret der gesunden und längere Zeit nicht vaginal berührten Frau ist heute bewiesen. Auch verflüssigende Staphylococcen und Bacterium coli sind nachgewiesen.

Dr. Dr. KOLISCHER-BEUTTNER:

Maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme avec considérations spéciales sur l'endoscopie et la cystoscopie. (Felix Alcan, Paris, éditeur, 1900.)

Es handelt sich um die von *Beuttner* herausgegebene französische Uebersetzung des aus der Schauta'schen Klinik in Wien stammenden Buches von Dr. *G. Kolischer*. (264 Seiten stark, mit Abbildungen und einer detaillierten Bibliographie.)

Dozent Dr. BEUTTNER, Genf:

Referent der *Revue de Gynécologie,* etc., von S. Pozzi und der *L'Obstétrique* von P. Budin für das Centralblatt für Gynäkologie.

Dozent Dr. H. MEYER, Zürich:

Die Mutter als Frau. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. (Stuttgart 1900. Verlag von Ferdinand Enke.)

Es handelt sich um die zweite Auflage des bekannten vorzüglichen Ratgebers für die junge Mutter. Es werden der Reihe nach abgehandelt der Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; dann folgt ein Kapitel über Diätik und Leitung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, woran sich die Pflege und Ernährung des Neugeborenen anreiht.

Die Lektüre des *Meyer*'schen Buches, das in überzeugender Sprache geschrieben ist, wird dem Arzte, wie dem Laien, zur vollen Freude gereichen. (283 Seiten stark.)

Oberarzt Dr. KALT, Aarau:

Redaktor der *Schweizerischen Hebammen Zeitung*. (Verleger Emil Hofmann in Elgg, Kt. Zürich.)

Dozent Dr. Rossier, Lausanne:

Rédacteur du *Bulletin mensuel.* Seul organe officiel de la Société vaudoise des sages-femmes. (Lausanne. Imprimerie Georges Bridel & Cie.)

Dozent Dr. M. Walthard, Bern:

Mitarbeiter der Frommel'schen Jahresberichte.

VI.

Mitteilungen aus dem Gebiet der Veterinär-Geburtshülfe und Gynäkologie.

Prof. Dr. E. Zschokke, Zürich:

Die Unfruchtbarkeit des Rindes, ihre Ursachen und Bekæmpfung.
(165 Seiten mit 21 Originalabbildungen im Text. Druck und Verlag: Art. Institut Orell-Füssli in Zürich.)

Es folgen zuerst anatomische, dann physiologische Notizen; hierauf wird auf die Sterilität selbst eingegangen. Es wird zuerst die Unfruchtbarkeit des Zuchtstieres abgehandelt und dann eingehend die Sterilität bei der Kuh besprochen. Die Unfruchtbarkeit kann einhergehen mit:

I. Erscheinungen gestörter Brunst.

Diese kann *a) aussetzen oder ausbleiben* durch:

1. *Eintritt der Klimax* (Geschlechtsdrüsen-Verödungen; bald sind die Ovarien gross, derb, bindegewebig durchwachsen, mit Narben oder Corpora candicantia durchsetzt, da und dort mit Spuren von gelbem Farbstoff, ohne Follikel, ohne frische, gelbe Körper; bald aber sind sie klein, sichtlich atrophisch, doch ebenfalls ohne Follikel oder gelbe Körper).

2. Das *Ueberwarten,* wenn die Tiere einige Brunstperioden nach einander nicht geführt, d. h. gedeckt wurden; wird der Geschlechtstrieb

nicht befriedigt, dann erlöscht er allmählich und kann die Brunst viele Monate lang vollständig ausbleiben; meistens bis zur nächsten natürlichen Brunstperiode im Frühjahr.

3. *Die Mast,* d. h. durch Beeinflussung eines phlegmatischen Temperamentes bei fetten Jungrindern (Färsen) und Kühen. Spezifische krankhafte Veränderungen an den Ovarien konnte Z. keine auffinden.

4. *Futter- und Aufenthaltsveränderungen.*

5. *Allgemeine Ernährungsstörungen;* und endlich durch:

6. *Veränderungen der Eierstöcke,* wie fibröse Zotten der Ovarien; congenitale Missbildungen; chronische Oophoritis, am häufigsten durch die Tuberkulose herbeigeführt; diese bewirkt aber keineswegs immer eine Sistierung des Geschlechtstriebes, sondern vielfach steigert sich dieser sogar; weiter Sklerose des Ovariums; Geschwülste; Nichtrückbildung der gelben Körper; die Erfahrung lehrt, dass wenn auch nur an *einem* Eierstock ein grosser gelber Körper fortbesteht, die Ovulation und die Brunst total sistieren; nach Entfernung des gelben Körpers stellt sich Eireifung und Brunst wieder ein. Praktisch wichtig ist nun zunächst die Frage, unter welchen Verumständungen die Corpora lutea sich nicht zurückbilden.

Das ist der Fall bei allen normal trächtigen Tieren, sodann auch bei abnormem Inhalt der Gebärmutter; darunter ist zu verstehen die Anwesenheit von abgestorbenen Föten oder Eihautresten, die Ansammlung von Eiter, Schleim, oder wässeriger Masse, sogar Gasen. Warum in solchen Fällen der gelbe Körper sich nicht zurückbildet, ist nicht sichergestellt. Eloir hat durch Hineinbringen von Bleikugeln in den Uterus des Rindes Sterilität herbeigeführt.

Die Rückbildung des gelben Körpers bleibt aber ebenfalls aus, ohne dass irgend welche Anomalien in der Gebärmutter nachweisbar wären; dies ist namentlich der Fall bei Fütterung von Malz, Roggenmehl, Maïs und Schlempe.

Z. kommt dann auf die einzuschlagende *Therapie* zu sprechen und interessiert den Gynækologen hauptsächlich der Vorschlag, *den gelben Körper operativ zu entfernen:* « Das geschieht auf einfache Weise durch den Mastdarm, indem man die betreffenden Ovarien am Grunde der gelben Körper zwischen Zeigfinger und der vorderen Fläche des gekrümmten Daumens zusammendrückt. Dabei springen die gelben Körper aus wie Apfelkerne und es bleibt eine Delle oder ein Loch zurück. Die

Operation ist im allgemeinen gefahrlos, doch sind grössere Blutungen keineswegs ausgeschlossen. *Graber* (Schweiz. Arch. f. Thlk., 1898) hat ein derartig operiertes Tier verbluten sehen und ein zweites durch Digitalkompression der lädierten Eierstockstelle vor Verblutung gerettet. Indessen sind solche Fälle bei der grossen Zahl der Operationen, die in der Schweiz ausgeführt werden, sehr selten. »

Wir haben oben gesagt, dass die Unfruchtbarkeit mit Erscheinungen gestörter Brunst einhergehen kann; diese kann *b)* zu schwach oder *c)* unregelmässig oder beständig sein.

Die gewöhnlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen, die man bei der unregelmässigen und beständigen Brunst findet, sind *Ovarialcysten* (1. solche, welche aus den Graaf'schen Follikeln hervorgehen (Hydrops folliculorum); 2. solche, die sich aus Pflüger'schen Schläuchen oder auch aus gelben Körpern entwickeln, und 3. Cysten, welche durch Blutungen oder durch kolloide Degeneration der Zellen (Carcinom) entstehen).

Hydrops ovarii, Atrophia ovarii und *Tuberculosis ovarii.*

Diejenige Behandlung, welche heute die sichersten Erfolge aufweist, ist das *Zerdrücken der Cysten.*

II. Ausbleiben der Trächtigkeit (Aconception).

a) Mechanische Hindernisse bei der Begattung: ungleiche Grösse der Zuchttiere; Unruhe der weiblichen Tiere; Hohlschwanz; angeborene oder erworbene Verwachsungen der Scheide, sowie narbige Einziehungen und Geschwülste in derselben.

b) Hindernisse für die Befruchtung: Starkes Drängen auf die Scheide (Vaginismus); zu frühes Führen; Ansammlung von Schleim in der Scheide; Verschluss des Gebärmuttermundes; krampfhafte Zustände in der Gebärmutter; Verschluss des Eileiters.

Ein Kapitel über Abortus der Kühe und ein weiteres über die ansteckenden Krankheiten der Geschlechtsorgane beschliesst das *äusserst interessante Buch, das zu lesen ich jedem Gynækologen anempfehlen möchte. Durch solche vergleichende Studien können wir unserem Spezialfache nur nützlich sein und erweitern unsern allzu oft beschränkten Horizont um ein Erhebliches.*



Tierarzt H. Schwyter, Luzern:

Die Gebärneurose. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLII. Bd. 1. Heft, pag. 32, 1900.)

Es handelt sich um eine nur nach Geburten auftretende Erkrankung des centralen Nervensystems beim Rinde. Bald sind es Erscheinungen heftiger Aufregung, bald überwiegen komatöse Symptome; meist finden sich beide nebeneinander vor. Die Krankheit beginnt meist acht Tage nach der Geburt, in selteneren Fällen erst nach vier Wochen. Die Temperatur beträgt fast ausnahmslos 39-39,5°; also wohl eine unwesentliche Steigerung. (In der Tier-Medicin! Ref.). Puls 70-80 per Minute. Der Verlauf ist meist ein acuter. Nach 12-24 Stunden heilt die Krankheit meist. Die Prognose ist eine gute. Von 126 beobachteten Fällen trat immer Heilung ein. In therapeutischer Hinsicht kommt Aderlass, Ableitungen auf Haut und Darm und Kal-Bromat in Betracht. Die Gebärneurose wurde vor 23 Jahren zuerst von Sanitätsrat Knüsel in Luzern beobachtet und seit dieser Zeit eingehender studiert.

A. Guillebeau, Bern:

Ueber Haarballen, aus dem Uterus von Kühen. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLII. Bd., 3. Heft, pag. 100, 1900.)

Abort beim Rind im 8. Monat; nach Geburt der Frucht fielen in den nachfolgenden Fruchthüllen acht Haarballen auf; diese hatten Aehnlichkeit mit den gleichnamigen Gebilden aus dem Magen. Für das Zustandekommen der letzteren ist die drehende Bewegung des Inhaltes durch die Peristaltik des Magens von unverkennbarem Einfluss. *Mathis* meint nun, dass die Fortpflanzung der Pansenbewegung auf den Uterusinhalt ein Rollen des Schlammes in letzterem Organe veranlasse, so dass sich derselbe zu Kugeln balle. Vorbedingung ist natürlich ein Ausfallen der Haare durch Maceration und eine Abnahme der Spannung der Uteruswand infolge des Absterbens des Fœtus.

Tierarzt J. Unger, Locle:

Ein Fall von congenitaler Verkrümmung des Kopfes und der Halswirbelsäule infolge Lageverænderung. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLII. Bd., 3. Heft, pag. 113, 1900.)

Siebenjährige Stute. Beckenendlage; tote Frucht; es gelingt nur ungefähr die Hälfte des Rumpfes herauszuziehen. Ein nicht entdecktes Geburtshindernis muss vorliegen. Im Augenblick, wo man die Geburtswege mit beiden Händen etwas auszudehnen versucht, wendet die Stute die Bauchpresse an, die Gehülfen ziehen und der Fœtus passiert den Geburtsweg.

Die linke Seitenfläche des Kopfes liegt quer über der rechten Schulter. Die Kehlseite des Kopfes ist nach oben, die Stirnseite somit nach unten gerichtet. Um den Kopf in regelrechte Haltung zu bringen, braucht es eine leichte Kraftanstrengung. Der Hals bleibt gekrümmt. Der schmale Kopf zeigt in seinem gesammten Längsverlauf eine stark convexe Verkrümmung nach rechts. Die konkave linke Seitenfläche passt sich überall der Wölbung ihrer Unterlage, der rechten Schulter, an. *Der Fall zeigt deutlich, welchen Einfluss Druckverhältnisse auf die Entwicklung einzelner Körperteile ausüben.*

M. Strebel, Freiburg:

Zur Scheidentræchtigkeit. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLII. Bd., 4. Heft, pag. 162, 1900.)

Bruin (Utrecht) meint, dass die Scheidenträchtigkeit, wovon man mehrere Fälle beobachtet hat, nicht wahrscheinlich sei; er glaubt vielmehr, dass es sich um einen von der Gebärmutter herkommenden und in der Scheide zurückgehaltenen Fœtus, wo seine Gegenwart die Schleimhaut reize und mehr oder minder zottige Wucherungen bedinge, handle.

St. glaubt, gestützt auf eine eigene Beobachtung, dieser Ansicht widersprechen zu dürfen; es handelte sich um eine Vaginalträchtigkeit bei gleichzeitig bestehender Uterinträchtigkeit. Der zweite, im Uterus entwickelte Fœtus wurde nach Ablauf der normalen Tragezeit gesund

geboren. Die Verbindung des Chorions mit der Scheidenschleimhaut war eine nur lockere und konnte das sich entwickelnde Ei auf einer so beschränkten Stelle ein nur spärliches Ernährungsmaterial finden.

M. Strebel, Freiburg:

Hochgradiger Scheidenvorfall und dessen sehr leichte Reponierung bei der Kuh. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLII. Bd., 5. Heft, pag. 229, 1900.)

Der Scheidenvorfall bildet bei der Kuh, namentlich bei den beckenweiten Tieren, ein sehr häufiges Leiden. Im beobachteten Falle lag die ganze Scheide mit dem Muttermunde ausserhalb dem Wurf (Vulva). Die Kuh wurde hinten hochgestellt und die Scheide mit einem genügend langen und breiten, weichen Leinentuche umhüllt. Die beiden Tuchenden wurden nun abwärtsgezogen und dann etwas gedreht, während man fortwährend im starken Strahl kaltes Wasser auf den die Scheide umhüllenden Leintuchteil giesst. Schon nach $1^1/_2$ Minuten ist die Scheide so stark abgeschwollen, dass sie, ohne das starke Drängen von Seiten des Tieres, von selbst zurückgegangen wäre.

Ad. Hübscher, Mellingen:

Recidive der Gebærparese. (Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. LII. Bd. 6. Heft, pag. 259, 1900.)

Kuh, normal geboren vor zwei Tagen. Charakteristische Symptome der Gebärparese: komplette psychische Depression, Lähmung der Körpermuskeln und aufgehobene Sensibilität: Pansenbewegung sistiert: nach entsprechender Therapie wesentliche Besserung; nach ca. sechs Stunden Recidiv; Notschlachtung. Sektion: Uterus kontrahiert, wies keine makroskopischen Veränderungen auf. Darmschleimhaut, Nieren, Milz, Leber, Lunge und Herz normal.

10*

Namens-Register.

Sach-Register.

Gynæcologia Helvetica

Zweiter Jahrgang

Gynæcologia Helvetica

Herausgegeben

von

Dr O. BEUTTNER

Privat-Docent a. d. Universität Genf.

Zweiter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1901)

Mit 40 Illustrationen.

GENF
Henry Kündig, Verlag

GIESSEN
Emil Roth, Verlag

1902

VORWORT

zum zweiten Jahrgange.

Die **Gynæcologia Helvetica** wagt den zweiten Schritt! Er ist schon sicherer und zielbewusster, als der Erste, dank der Schaffensenergie der Schweizer-Aerzte.

Im Vordergrund des Interesses stand im vergangenen Jahre eine Frage aus dem Grenzgebiet der **Chirurgie-Medicin und Gynæcologie**:

Die Typhlitisfrage,

deren eingehende und vertiefte Besprechung, sowohl in der « Gesellschaft der Aerzte in Zürich, » als in Originalarbeiten, alles Lob verdient.

Eine zweite Frage, die im Jahre 1901 detaillierte Bearbeitung von Seiten der Schweizer-Aerzte gefunden, eine Frage von grossem aktuellen Interesse, ist diejenige des

Deciduoma malignum.

Daneben wurden die verschiedensten Gebiete der Gynæcologie mit Erfolg bearbeitet.

Die Statistik, wie sie unter Dr. Guillaume am eidgen. statist. Bureau betrieben wird, hat uns zwei vorzügliche Publikationen zu Tage befördert und dadurch neuerdings den Beweis erbracht, wie nützlich die statistische Wissenschaft für die anderen Wissenschaften werden kann, wenn sie mit Umsicht und nüchterm Verstand ihre Schlussfolgerungen zieht.

Die **Veterinär-Medicin** macht gewaltige Anstrengungen, Schritt zu halten mit der Human-Medicin und ist es erfreulich zu konstatieren, welche Arbeitsfreudigkeit und Konstanz speziell von Prof. Dr. Guillebeau, Chef des veterinär-pathologischen Institutes der veterinär-medicinischen Fakultät in Bern, entfaltet wird, um bakteriologisch **das Wesen der Euterentzündungen der Kühe etc.** zu ergründen.

Ich hoffe, die Zeit wird nicht mehr allzu ferne sein, wo der Mediciner sich auch in der Veterinär-Heilkunde umsieht, um seinen geistigen Horizont immer mehr auszudehnen, zu seiner inneren Befriedigung und zu « Nutz und Fromm » der leidenden Menschen.

Noch ein Wort! Hie und da haben mich Collegen befragt, wieso ich auf die Idee gekommen, die **Gynæcologia Helvetica** zu gründen. Das ist sehr einfach zugegangen!

Im Mai 1896 richtete ich an die **Schweizer-Gynækologen** eine event. Anfrage zur Gründung der

Schweizer-Gesellschaft für Gynækologie.

Die französische Schweiz war dem Gedanken sehr gewogen, weniger war dies mit der deutschen Schweiz der Fall.

Da mir der Zeitpunkt zur Realisierung meiner Idee daher nicht günstig erschien, so beschloss, weiter keine öffentlichen Schritte zu unternehmen, dem nun einmal gefassten Entschluss aber dadurch Vorschub zu leisten, dass alljährlich das auf gynækologischem Gebiet Publicierte zusammenfasse, um so « ad oculos » zu demonstrieren, dass die **Gynæcologia Helvetica,** d. h. das von Schweizer-Aerzten auf gynækologischem Gebiet « Geschaffene » wohl im Stande ist, der « **Schweizer-Gesellschaft für Gynækologie** » eine sichere Existenz und ein hohes Alter zu garantieren.

Dass massgebende Persönlichkeiten die Gründung einer solchen Gesellschaft an Hand nehmen möchten, zum Wohl der leidenden Frauen, zum Gedeihen der gynækologischen Wissenschaft und zur Ehre unseres Vaterlandes, das wünscht von Herzen der Herausgeber der **Gynæcologia Helvetica.**

Genf, im Monat Januar 1902.

Inhalts-Verzeichniss.

I.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

Prof. L. Bourget, Lausanne:
Die medicinale Behandlung der Perityphlitis.*
(Therapeutische Monatshefte. Heft 7, pag. 340, 1901.)

B. zeigt einleitend, wie seit 1885 die Perityphlitis den internen Medicinern entrissen, um eine Domaine der Chirurgie zu werden; trotzdem Sahli, Revillod und andere versicherten, dass auch der inneren Behandlung eine grosse Bedeutung neben der chirurgischen zukomme, dominiert mit Eifer, *vor, während* und *nach* der entzündlichen Erkrankung des Wurmfortsatzes der chirurgische Eingriff. Die von den Chirurgen angenommene Behandlungsweise war eine solche (Application von Eis auf die Ileocöcalgegend und innerlich Opium), dass nach Bourget's Dafürhalten gar keine schlechtere vorgenommen werden konnte; sie kam aber den Chirurgen ausgezeichnet zu statten, da sie in kürzester Frist den Eingriff mit bewaffneter Hand erforderlich machte. Nachdem nun in letzter Zeit gerade diejenigen Operateure, welche die schleunige Resection des « processus vermiformis » am häufigsten ausgeführt hatten,

* Vortrag, gehalten am 17. April 1901 in der *Société de Thérapeutique* zu Paris.

Die Anordnung sämmtlicher Publicationen ist nach dem Namens-Alphabet geschehen.

am meisten zur Vorsicht rieten, schlägt BOURGET dem Arzte vor, seinen Platz wieder einzunehmen, als behandelnder Arzt der Perityphlitis und dies während der Periode, die der Chirurg ale « *expectative, Gewehr bei Fuss,* » betrachtet.

Die Perityphlitis erscheint durchaus nicht wie ein Blitz aus heiterem Himmel; *alle an Perityphlitis erkrankten Individuen leiden an Magen- und Darmstörungen;* der Anteil an der Behandlung der vorliegenden Affektion wäre schon ein sehr schöner, wenn man dem Internen die Prophylaxe überlassen wollte; diese umfasst zunächst die Diät und die Aufmerksamkeit, welche dem Darm zu widmen ist, um der Verstopfung entgegen zu arbeiten: Gemischte Diät, sehr wenig Fleisch, viel Gemüse, gut gekochte Früchte und viel Mehlspeisen. Die Hyperacidität des Magens muss mit Sorgfalt beseitigt werden: hierzu gelangt man durch Verabreichung von mit Milch bereitetem Brei, oder indem man Alcalina nehmen lässt zu der Zeit, wo die Magenverdauung sich auf ihrem Höhenpunkte befindet. Die von BOURGET inaugurierte und seit 10 Jahren von ihm genau kontrollierte Behandlung der Perityphlitis beruht auf der Desinfektion des Magens und Dünndarmes und auf der Ausspülung des Dickdarmes (Ol. Ricini 20,0 gr. Salacetol 1,0 gr.). Zu ersteren verwendet *B.* eine Auflösung von Ichthyol (4 : 1000) in Wasser; Temperatur 38: gleichzeitig mit dieser Lösung lässt man eine gewisse Menge Olivenöl eindringen mittelst eines kleinen von B. angegebenen Apparates*. Wenn die gastrischen Störungen vorherrschen, soll eine Magenausspülung mit einer einprozentigen Natriumbicarbonatlösung gemacht werden; von dem zweiten oder dritten Tag der Behandlung an wird das Ricinusöl durch salinische Abführmittel nach folgender Verordnungsweise ersetzt:

Rp. Natrii bicarbon. purissimi
Natrii phosphorici exsiccati
Natrii sulfurici sicci aa 5,0
Aquæ . . . ad 1000,0

M. D. S. Davon 3 oder 4 Male am Tage 150.0 zu nehmen.

Nachdem der Kranke von seinem akuten Anfall wieder hergestellt ist, kann die « Opération à froid » in Frage kommen. Die Chirurgen haben daher immer noch eine schöne Reihe von Wurmfortsätzen zu resicieren, selbst wenn die medicinische Behandlung ihnen einen guten Teil ihrer früheren Arbeit entreissen sollte.

* Vide unter « Mitteilungen aus der Praxis »: Ueber Oeleinläufe, von Dr. Wyss-Fleury, Genf.

Dr Fritz Brunner, Zürich:

Casuistische Mitteilungen.

Aus dem Krankenhause der Diakonissenanstalt zu Zürich.
(Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XIII, H. 2.)

I. *Ein Fall von Cervixcarcinom mit Pyometra und Pyocolpos bei Atresia vaginæ senilis.* S. Sonderheimer hat im Jahre 1895 aus Sänger's Frauen-Heilanstalt einen Fall von primärem Corpuscarcinom mit Hæmatometra und Hæmatocolpos bei Atresia vaginæ senilis beschrieben; da kein zweiter ähnlicher Fall bekannt geworden, so teilt Brunner eine neue Beobachtung mit, um so mehr, als selbe einiges theoretisches und praktisches Interesse bietet:

70jährige Frau, 8mal normal geboren; verlor mit 47 Jahren die Periode. Im Herbst 1897 stellten sich heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite ein; im Dezember des gleichen Jahres bemerkte Patientin an derselben Stelle eine Geschwulst. *Diagnose* (8. November 1898)*: Pyometra und Pyocolpos durch Verschluss des Introitus vaginæ in Folge von Vaginitis adhæsiva.* — 15. November 1898: in Chloroformnarcose wird teils stumpf, teils schneidend ca. 4 cm. nach oben vorgedrungen, offenbar zwischen Harnröhre und Pyocolpos; ein Troicart wird in den Tumor eingestossen, worauf sich in starkem Strahl eine schmutzig-gelbgrüne, eiterähnliche Flüssigkeit (1 Liter) entleert. Der obere Teil des Tumors entleerte sich zuerst und zog sich zu einer gänseeigrossen Geschwulst zusammen, während er vorher kindskopfgross gewesen war. Am 23. November 1898 wurde das liegengelassene Troicartrohr, aus dem sich unter beständiger Verkleinerung der Geschwulst noch viel Eiter entleerte, entfernt und durch ein Drain ersetzt. Durch den elastischen Druck der immer voluminöser gewählten Drains wichen die offenbar verklebten Vaginalwände auseinander, so dass ca. 6 Wochen nach der Operation ein Uneingeweihter nicht daran gedacht hätte, dass die Scheide je verschlossen gewesen sei.

Gelegentlich einer genauen Untersuchung im Januar 1899 wurde die Diagnose auf *Carcinoma cervicis* gestellt: *Plattenepithelkrebs.* Von einer Radikaloperation wurde wegen der Infiltration der Parametrien abgesehen. Ausschabung mit scharfem Löffel und Aetzen mit Chlorzinkpaste. Am 7. Juni 1899 war der Status im ganzen unverändert, eine Blutung war nie aufgetreten.

Der vorliegende Fall lehrt, dass man bei Konstatierung einer grossen

Retentionsgeschwulst der Scheide und des Uterus bei einer alten Frau ohne weiteres die Diagnose nicht nur auf Sekretverhaltung, sondern auch auf Carcinom des Körpers oder des Cervix stellen soll. Die vollständige Diagnose hat natürlich grossen Einfluss auf die einzuschlagende Therapie. Interessant ist die Thatsache, dass ein Uterus, der unter pathologischen Verhältnissen, dazu bei einer 70jährigen Frau, lange Zeit erheblich ausgedehnt war, sich bei der Entleerung rasch zusammenzieht, genau wie ein gravider Uterus.

II. *Ovarialtumor von aussergewöhnlicher Grösse**. Da in der deutschen Litteratur kein Fall von ebenso grosser Eierstocksgeschwulst beschrieben ist und derselbe einen Beitrag zur Kenntnis der Entwicklung maligner Geschwülste auf dem Peritoneum bildet, so ist die Veröffentlichung wohl gerechtfertigt.

44jährige Jungfrau; vor 6 Jahren bemerkte sie im Abdomen eine Geschwulst. Punktion. Tumor wurde trotzdem immer grösser: im September



Fig. 1.

1898 hatte er sich derart vergrössert, dass die Kranke nicht mehr herumgehen konnte; 9. Mai 1899: Spitaleintritt; der grösste Leibesumfang beträgt 168 cm. (vide Fig. 1). Augenscheinlich ist die Geschwulst um vieles

* Siehe Gynæcologia Helvetica. Erster Jahrgang, pag. 127, wo der Fall, nebst Discussion, bereits kurz Erwähnung gefunden.

voluminöser als der übrige Körper der Patientin, der an ihr hängt, wie der Embryo an der Dotterblase. — Wegen der starken Dyspnœ wird sofort am Abend des Spitaleintrittes eine Punktion gemacht; es fliessen $60^{1}/_{2}$ Liter dunkelbraune Flüssigkeit aus, am 13. Mai *Operation:* Einschnitt in die Cyste, wobei ein Teil in die Bauchhöhle floss. Die Geschwulst ging vom rechten Ovarium aus; sie stellte eine grosse, dickwandige Cyste dar, in welcher sich eine kindskopfgrosse, papilläre Masse und eine mannskopfgrosse, uneröffnete Cyste befand. Die ganze Geschwulst hatte ein Gewicht von 70 kg. Seit Anfang Juni schien sich der Leib wieder zu vergrössern; am 4. Juli wurden durch die Punktion 15 Liter hellgelber Flüssigkeit, offenbar Ascites, entleert; am 14. Juli entleerte eine weitere Punktion $9^{1}/_{2}$ Liter; es handelte sich um maligne Neubildung. Unter zunehmenden Beschwerden und Marasmus starb Patientin am 13. August. *Autopsie* ergab *Carcinoma peritonei.*

Unter den Eierstocksgeschwülsten, die operiert wurden, nimmt der vorliegende Fall den vierten Rang ein; wenn es angeht, soll bei diesen grossen Tumoren, die oft maligne degeneriert sind, die Punktion unterlassen werden; im vorliegenden Falle wurde selbe « *ex indicatione vitali* » gemacht. Interessant ist die rasche Entwicklung der Carcinose nach der Operation. Bei der Operation nichts von Carcinom; drei Monate später war die ganze Oberfläche der Bauchhöhle mit einem gleichförmigen, ziemlich glatten, nur am Dünndarm Knötchen aufweisenden Ueberzug bedeckt. Die infektiöse Flüssigkeit bestand im Cysteninhalt und die Infektion fand statt, entweder bei der Punktion, wahrscheinlicher aber bei der Operation.

« *Der vorliegende Fall stellt also ein ziemlich sicheres Beispiel von Infektion der Bauchhöhle durch den Inhalt eines maligne degenerierten Kystoms dar und zeigt, wie vorsichtig man bei Punktion und Operation mit diesem Inhalt umzugehen hat. Die Punktion ist bei Ovarialtumoren womöglich ganz zu vermeiden.* »

Zum Schluss kommt Brunner noch auf einen *weiteren Fall von krebsig entarteten Ovarialtumor* zu sprechen; feste Verwachsung mit dem Colon transversum. Exstirpation des Tumors, Resektion fast des ganzen Netzes und eines 10 cm. langen Stückes des Colon transversum. $2^{1}/_{2}$ Monate post operationem erlag die Frau einer Peritonealcarcinose. In der ganzen Bauchhöhle zerstreut Gruppen von weichen Krebsknoten, neben vielen krebsfreien Stellen.

D[r] OTTO BURCKHARDT, Basel :

I. Die endogene Puerperalinfektion.

II. Puerperalinfektion mit Pneumococcus Frænkel.

Aus der Frauenklinik der Universität Basel.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Band V, Heft 3, 1901.)

I. Als *endogene Puerperalinfektion* müssen wir eine Infektion auffassen, bei welcher die Keime nicht von aussen, durch unsaubere Hände und Instrumente, in den Genitaltractus eingeimpft werden, sondern bei welcher sie herrühren von einem im Körper befindlichen Mikrobenherd. Die *endogene Puerperalinfektion* ist gewissermassen eine Metastase einer bisher anderswo im Körper lokalisierten Infektion, eine pyæmische Erscheinung. Eine an und für sich nicht lebensgefährliche Infektion des Körpers kann es mit einem Schlage werden, wenn die Keime den puerperalen Uterus befallen, da derselbe für ihre Entwicklung einen so äusserst günstigen Nährboden abgiebt, für die Therapie sowohl als für die Selbstabwehr des Organismus aber andererseits ungünstige Verhältnisse darbietet.

Die Vorkommnisse sind selten und in der Litteratur noch kaum berührt. (v. ROSTHORN : Diskussion zur Puerperalfieberfrage am VIII. Gynækologenkongress in Berlin.)

Ein äusserst interessanter, hierher gehöriger Fall, wird nun von BURCKHARDT aus der *Basler Frauenklinik* detailliert mitgeteilt ; kurz resumiert lautet er folgendermassen :

« Primärer Infektionsherd in den Lungen (Mischinfektion von Streptokokken und Stäbchen); Verschleuderung der Mikroben im Körper, wo sie sich festsetzen in den Placentar-, resp. den mütterlichen Blutsinus und von da eine in der Hauptsache lymphatische Infektion des Uterus hervorrufen, die ihrem anatomischen Verhalten nach mit den exogenen Infektionen übereinstimmt und durch Uebergreifen auf die Serosa uteri eine im Moment des Exitus noch lokalisierte Peritonitis hervorbringen. »

BURCKHARDT teilt dann noch einen zweiten Fall mit, der aber weniger beweisend ist, wie der erste. Die beiden Eälle von BURCKHARDT, sowie ein von CZEMETSCHKA im Jahre 1894 beschriebener Fall, gehen von einer Pneumonie aus.

II. *Puerperale Sepsis durch Infektion des puerperalen Uterus mit Pneumococcus Fränkel. Metastatiche Pneumokokkenmeningitis — Exitus.*

Die Bedeutung des Pneumococcus FRÄNKEL, als Erreger nicht nur der Pneumonie, sondern verschiedener mit Eiterung verbundener Erkrankungen, von einfachen Abscessen bis zur Pyæmie mit tötlichem Ausgang, ist in den letzten Jahren erkannt und betont worden. Als Erreger einer puerperalen Sepsis, mit uteriner Eintrittspforte, wurde er bis jetzt nicht gefunden. Ein von BURCKHARDT beobachteter Fall füllt nun diese Lücke aus.

Dr A. COLLOMB und Dr G. MÜLLER, Genf:

Ueber einen Fall von monoculärer, metastatischer Ophtalmie mit Armabscess, puerperalen Ursprunges.

A propos d'un cas d'ophtalmie métastasique monoculaire avec abcès du bras, d'origine puerpérale.

(Revue médicale de la Suisse Romande, N° 12, 1901.)

Eine eingehende Litteratur-Studie leitet die Arbei ein. Der beobachtete Fall selbst ist kurz folgender:

31jährige Frau; am 2. März 1901 Schüttelfröste, Erbrechen, Schmerzen in der Lendengegend; blutiger Ausfluss; in den folgenden Tagen eine schmerzhafte Anschwellung am linken Arm auf der Höhe des Biceps; am 6. März starke uterine Blutung, so dass der Spezialarzt gerufen wird.

Status: Akute Anæmie, 38,3 52. In der Vagina Blutgerinsel und ein Fœtus von $2^1/_2$ Monaten. Placenta in utero.

Behandlung: 7. März. Manuelle und instrumentelle Ausräumung; intrauterine Spühlung von $^1/_{4000}$ Sublimat;

Am 9. März (38-38,5 und 120) hat die Schwellung am Arm zugenommen, daneben intensive Kopfschmerzen. (Beginn der Augensymptome); am 13. März wird der sub-aponeurotische Abscess von Professor JULLIARD eröffnet; die bakteriologische Untersuchung ergab, wie diejenige der Lochien 7 Tage früher: Staphylococcus aureus. (Professor MASSOL.) Das Augenleiden nimmt zu und Dr SUÈS konstatiert am 14. März ein starkes Oedem der Conjunktiva (Chemosis) mit Exophthalmus und intensiver Ciliar-Injektion, etc., etc. Am 17. März werden im Augengrunde einige disseminierte, kleine, gräulich-gelbe Herde entdeckt; Flocken im Glaskörper.

Am 18. April präsentiert sich Patientin, deren Zustand sich nach der Incision des Armabscesses wesentlich gebessert hatte, in der *Rothschildschen Augenklinik.*

Diagnose : Iritis, Hyalitis und wahrscheinlich Chorio-Retinitis metastatica puerperalen Ursprunges.

Es scheint sicher, dass es sich im vorliegenden Falle um einen unvollständigen Abortus traumatischen Ursprunges handelte, der eine Infektion der Genital-Sphäre zu Stande gebracht hat mit nachfolgender « *Pyohémie staphylococcique.* »

Anmerk. des Ref. : Die puerperalen Ophthalmien wurden durch KATER im Jahre 1897 einer gesonderten Bearbeitung unterzogen; die betreffende Publication, in obiger Arbeit nicht erwähnt, ist betitelt : « *Beitrag zur puerperalen metastatischen Ophthalmie.* » Inaugural-Dissertation, Freiburg, 1897. Die metastatische Ophthalmie, nach anderweitigen Infektionskrankheiten dagegen, hat neuerdings einen Bearbeiter in E. SPENGLER gefunden : « *Zur Kenntniss der metastatischen Ophthalmie nach Infektionskrankheiten.* » Inaugural-Dissertation, Zürich, 1901.

Dr A. DEBRUNNER, Frauenfeld :

Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynækologie und Geburtshilfe.

(Buchdruckerei HUBER & C°, 1901, Frauenfeld.)

Es handelt sich um eine 128 Seiten starke Abhandlung, die die vom Verfasser während einer 12jährigen Thätigkeit gesammelten gynækologisch-geburtshülflichen Erfahrungen wiederspiegelt.

I. Teil : Gynækologie.

A. *Antiseptik, Aseptik, Anæsthesie.* Man kann *überall* nach den Grundsätzen der Aseptik operieren, wo Wasser, Feuer und Soda zu Gebote stehen. Handschuhe werden nur dann angelegt, wenn die Hände vor Beschmutzung durch septische Stoffe geschützt werden sollen ; bei allen grösseren Eingriffen, besonders bei Eröffnung der Leibeshöhle und bei plastischen Operationen, wird strenge Asepsis geübt; die Wandlung zu einer gemischten Antisepsis-Asepsis wird als ein Rückschritt betrachtet. Zur Vorbereitung gynækologischer wie geburtshilflicher Eingriffe wurde ein einheitliches Antiseptikum gewählt, nämlich das Seifenkresol der deutschen Pharmakopoe. *(Liquor Cresoli saponatus.)* Bei der Händedesinfektion wird zwischen die Seifen-Warmwasserbürstung und die Alkoholabreibung mit Lappen, eine Bestreuung der Hände mit sterilem Gips

eingeschaltet; derselbe wird tüchtig verrieben und hernach abgewaschen. Dabei war die Beobachtung wegleitend, dass nach Arbeiten mit Gips sich der subunguale Raum damit anfüllt und indem eben dieser Gips mit einem Nagelreiniger entfernt wird, reisst er den an diesem Orte befindlichen Schmutz mit. Die subungualen Räume werden mit einem ringförmig geknoteten Baumwollbändchen bearbeitet. Instrumente werden während 10 Minuten in einem Gemisch von 1 % Soda- und 1 % Lysollösung gekocht.

Seit etwa fünf Jahren kommt im Beginn der Narkose ein Gemisch von 75 gr. Chloroform (Traub) und 25 gr. Aether sulf. (Traub) zur Anwendung, dann, sobald die Cornea Reflexlosigkeit zeigt, wird mit reinem Aether fortgefahren.

Von der Schleichschen Infiltrationsanæsthesie wird ausgedehnter Gebrauch gemacht bei plastischen Operationen der Scheide und des Dammes alter Frauen. In den letzten Jahren wurden ganz befriedigende Resultate erzielt und bei totalen Prolapsen die Colporrhaphia ant. und post., amputatio cervicis alta und Dammplastik beinahe schmerzlos ausgeführt.

Ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel haben wir in der von Zahnarzt Brodbeck bezeichneten « *suggerierten Narkose* » mit Aethylchlorid.

B. *Blase, Harnröhre.* Bei einer 56jährigen Frau wurde ein *Prolapsus mucosæ urethræ* beobachtet: pflaumengrosse, bläulich verfärbte, an einigen Stellen brandige Geschwulst. Selbe wurde mit dem Messer abgetragen und die Urethralschleimhaut mit der am orificium externum gesetzten Wunde circulär vernäht. — Bei einer 44jährigen Frau stellte sich im Anschluss an eine Prolapsus-uteri-Operation beständiges *Harnträufeln* ein; von anderer Seite war wohl schon die von B. S. Schultze angegebene Operation, aber ohne Erfolg, ausgeführt worden. (Resektion der hinteren Harnröhrenwand mit Resektion des Blasenhalses.) *D.* führte nun die *Gersuny'sche Operation* aus. (Harnröhre wird in toto losgelöst und um drei rechte Winkel gedreht.) Erfolg nicht vollständig. Ein federndes Pessar leistete gute Dienste.

Des weitern kam zur Behandlung ein *periurethraler Abscess:* Harnröhre durch eine Fistel mit dem Abscess in Verbindung; halbmondförmige Umchneidung des äusseren Harnröhrenwulstes und Abpræparieren des untern Teils der vorderen Scheidewand von der Urethra; Incision und Drainage der Abscesshöhle; Fixation des losgelösten Vaginallappens

in ursprünglicher Lage durch Naht. — *Primäre tuberkulöse Cystitis* bei einer Ende der 20er Jahre stehenden Frau und wahrscheinlich *Bakterium Coli-Cystitis* bei einer in der Klimax sich befindenden Patientin. Beide Fälle wurden mit *Blasenauskratzungen* behandelt, Drainahe nach *Skene* und Sublimat-Instillationen. Bei der tuberkulösen Cystitis war der Erfolg ein recht erfreulicher; bei der andern Kranken hatte der Eingriff keine Besserung des Zustandes gebracht; nach Jahresfrist Exitus: *aufsteigende Pyelonephritis.*

C. Pars copulationis. Atresia ani vaginalis; Halbjähriges Kind. Kot geht durch die Scheide ab. Mastdarm etwa 1 cm. oberhalb der normal angelegten Analöffnung mit der Scheide in Communication. Kind fiel der Diphterie zum Opfer. — *Atresia hymenalis*: Zwei verheirathete Frauen (5 und 9 jährige Ehe) mit fast vollständigem Verschluss der Vagina durch ein rigides Hymen. Spaltung des Hymens in der Mitte und Umsäumung der Wundränder mit fortlaufender Naht. Conception in beiden Fällen. — *Hæmatokolpos lateralis dext*: 18 jährige Jungfrau; periodisch auftretende Molimina menstrualia. Kleinkindskopfgrosser Tumor, der die Scheide nach unten und links drängt; bläulich durchschimmernd. Breite Incision, wobei ca. 400 gr. theerartiges Blut abgeht; in der künstlich angelegten Oeffnung zeigt sich ein zweiter kleiner Cervix, der einem « rudimentären, » nur 3 cm. langen Uterus angehört. Diagnose: *Uterus duplex separatus cum vagina septa.* — *Ulcus vulvæ rodens.* 38 jährige Frau; zwei Geschwüre an der Vulva; im Centrum hochrot, sonst von gelbschmierigem Aussehen, tief, auf Berührung blutend, mit zackigen Rändern. Aetiologie noch nicht sicher gestellt. Bei der ersten schweren Geburt tiefe Verletzungen an Vulva und Scheide; möglich, dass solche tiefe Einrisse durch Narbenbildung die Ernährung des benachbarten Gewebes derart stören, dass es zu diesen schwer heilenden Geschwüren kommen könnte. Heilungsprocess dauerte über ein Jahr. Am besten bewährte sich folgendes Streupulver: Zucker, Calomel, Bismut subnitric., Airol, im Verhältnisse von 1:1:5:5. — *Bartholinische Drüsen*: 6 mal Totalexstirpation wegen gonorrhoischer Infektion und recidivierender Abscedierung; die blosse Incision genügt nur für die Abscesse nicht gonorrhoischen Ursprungs. D. hat einen hiehergehörigen Fall beobachtet.

Scheiden-Dammverletzungen ausserhalb des Wochenbettes: 12 jähriges Mädchen, das beim Schlitten mit stark gespreizten Beinen in die Kufen eines umgestürzten Davoser Schlittens hineinfuhr. Damm vollständig

zerrissen, mit Ausläufer des Risses nach dem Mastdarm und nach der Scheide. — *Hæmatom der grossen rechten Schamlippe.* Dasselbe wurde eröffnet und drainiert. — *Scheidencysten*: Bei einer 35 jährigen Frau, die dreimal spontan geboren und bei einem 22 jährigen Mädchen. Beide Cysten wurden nach der *Schröder*'schen Angabe operiert: Excision der hervorragenden Kuppe und Umsäumung des Wundrandes mit Scheidenschleimhaut. — *Tumoren der Vulva*: 1) Ein faustgrosses, pendelndes *Fibro-Myom der linken grossen Schamlippe*: Exstirpation ; 2) ein nussgrosses, in der rechten Schamlippe eingelagertes, *Fibro-Myom* : Enucleation. *Fibro-Myome der Scheide*: Frau im 9. Schwangerschaftsmonat. Vorfall der hintern Scheidenwand, der aus einem apfelgrossen, ödematösen, auf der Oberfläche brandigen Fibro-Myom und der hintern, untern, mitgezogenen Scheidenwand bestand. Der brandige Teil wurde umschnitten und das Fibroid enukleiert. Scheidenwandränder zu einer sagittalen Naht vereinigt. Ein zweites Scheidenfibroid von Walnussgrösse wurde ebenfalls bei einer Schwangeren im dritten Monat beobachtet: Exstirpation: — *Primäres Carcinom der Scheide*: Patientin befand sich schon einige Jahre in der Klimax; trug früher seit vielen Jahren ein Hodge Pessar wegen Senkung; da, wo der Bügel des Ringes im hintern Scheidengewölbe sperrte, entwickelte sich ein carcinomatöses Geschwür. Thermokauterisation desselben und Umschneidung im Gesunden. Sagittale Vereinigung der Wundränder. Nach $^3/_4$ Jahren Recidiv. — Es folgen drei Beobachtungen, die der Kuriosität halber mitgetheilt werden. 1) *Durch Krebsmasse eingewachsener Ring.* 2) *Meyer'scher Ring zurückgehalten durch einen fibrösen Strang* und 3) *durch Gase aufgeblähter Meyer'scher Ring*: Beim Durchschneiden desselben entwichen unter starkem Druck, übelriechende Gase. Es war also zu einer starken Aufblähung des Ringes durch Zersetzungsgase gekommen.

Geschwülste des lig. rotundum: 1. Cyste von Hühnereigrösse, mit hellem, schleimigem Inhalt. 2. Fibrom von Nussgrösse. Exstirpation beider Geschwülste. — *Operation von Dammdefekten II. und III°. Ausserhalb des Wochenbettes*: Die meisten dieser Damm- und Mastdarmdefekte wurden nach der Methode von Tait operiert. Strenge Asepsis. *D.* legt grossen Wert auf das Einlegen eines Mastdarmrohres, um den Flatus freien Abgang zu verschaffen. — Was die Dauerresultate der Operation primärer Cystocelen anbetrifft, so sind selbe bekanntlich nicht befriedigend. *D.* empfiehlt daher öfter die *Olshausen*'sche Wiege.

D. Pars gestationis. Senkung und Vorfalloperationen ohne hohe Cervix-

amputation und Vorfalloperationen verbunden mit hoher Cervixamputation: Von der ersten Categorie werden 23 Fälle, von der zweiten 29 Fälle mitgeteilt; hier sind nur diejenigen Prolapsusoperationen angeführt. die nicht mit operativer Lagekorrektion des Uterus verbunden sind. *D.* legt neben der verengenden Scheidenplastik und Bildung eines hohen und festen Dammes, sehr viel Wert auf eine Entlastung des Beckenbodens durch eine hohe Cervixamputation. — *Amputatio cervicis*: 6 mal wegen metritis colli; 2 mal wegen starken Cervicalkatarrhs und Ektropions; 3 mal wegen Hypertrophie des Scheidenteils und 1 mal wegen Carcinoms der vordern Lippe, im Anfangsstadium. — *Primäre Tuberkulose der Gebärmutterschleimhaut*: 52 jährige Frau, stets gesund, nicht tuberkulös belastet. Uterus etwas vergrössert; fühlt sich weich an. Eileiter und Eierstöcke nicht verdickt. Auf den Lungen nichts verdächtiges. Curette befördert eine Masse kleiner, weissgelber Gewebsbröckel zu Tage. Anat. Diagnose (Dr Hanau): *Tuberculosis mucosæ uteri*. Erst 5 Jahre später soll die Frau an einer eitrigen Cystitis erkrankt sein; näheres konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

Deciduo-Sarcoma malignum: 32 jährige Frau, vor 8 Wochen im III. Schwangerschaftsmonat abortiert. Blutungen: Uterus plump, etwas vergrössert; innerer Muttermund für einen Finger passierbar; an der hintern Wand knotige Verdickungen, die manuell und mit Curette entfernt werden: Placentareste; nach 3 Wochen wieder blutiger Ausfluss; der eingeführte Löffel fährt durch die hintere Uteruswand, wie durch Zunder; kleine retrouterine Hæmatocele. Mikroskopische Untersuchung ergab Sarkomzellen. Radicaloperation verweigert. Exitus nach ca. 6 Monaten.

Hæmatocele retrouterina: Es werden 7 hiehergehörige Fälle mitgeteilt. — Die meisten Beckenblutergüsse sind auf extrauterine Schwangerschaft zurückzuführen; in den angeführten Beobachtungen konnte nur einmal mit Sicherheit dieses ætiologische Moment ausgeschlossen werden.

Abrasio mucosæ uteri: Man kommt erst nach grösserer Erfahrung dazu, mit einer sicheren Kritik die für die Curettage sich eignenden Fälle zu sichten. Unangenehme Folgen der Auskratzung wurden unter ca. 500 Fällen 4 mal beobachtet: 2 mal Perforation und 2 mal schwere Infektion. Interessant ist ein Fall von Curettage bei einem 10 jährigen Mädchen: menstruiert mit 9 Jahren, anfangs regelmässig, später anticipierend, stark und lange dauernd, schliesslich derart, dass eine Periode

in die andere überging; alle Styptica erfolglos. Löffel beförderte eine typisch fungös-entartete Schleimhaut zu Tage. Von da ab setzte die Periode regelmässig und mittelstark ein und war von 5 tägiger Dauer.

Fibromyome. *Curettage bei Fibromyomen:* Man ist oft genötigt der Curette die Krümmung der Uterinhöhle selbst zu geben, um alle entlegenen Ecken und Taschen des Cavum uteri abschaben zu können; *D.* lässt in der Regel eine Aetzung mit 10% Chlorzink folgen, um eine Möglichkeit der Anheilung zurückgebliebener, abgekratzter Schleimhautstücke zu umgeben. Der Erfolg punkto Blutung ist in der Mehrzahl prompt. — Ein bis zur Nabelhöhe reichendes, multiples Fibrom wurde allerdings innert 6 Jahren 10 mal curettiert. Nach *D.*'s Erfahrungen ist die Curettage bei Myomblutungen, richtig ausgeführt und bei passenden Fällen angewandt, eine mit Erfolg gekrönte Behandlungsweise und der elektrolytischen Methode vorzuziehen. Contraindicationen: weiche, sehr gefässreiche Myome; entzündliche Erscheinungen in den Myomen und an den Adnexen; intrauterin gelegene, gestielte, fibröse Polypen und stark in die Höhle hereinragende submucöse Myome; grosse Fasergeschwülste, welche die Gebärmutterhöhle übermässig in die Länge ziehen und solche Biegungen der Höhle bedingen, die eine vollständige Entfernung der Schleimhaut zur Unmöglichkeit machen.

Apostolische Behandlung der Myome: Die elektrische Therapie nach Apostoli kam 8 mal in Anwendung; Debrunner's Eindrücke über diese Behandlungsweise gehen dahin, dass: 1) die elektrolytische Behandlung keinen Einfluss bezüglich des Wachstums der Fibroide aufweist; 2) nur in drei Fällen eine wesentliche Abnahme der Menorrhagien eintrat, die aber ebenso gut einer veränderten Lebensweise, Ruhe während der Behandlungszeit, zu gute kommen kann, wie der Methode selbst; 3) sie als Palliativkur nicht das leistet, was die Curettage mit Aetzungen im Stande ist zu leisten.

Operation myomatöser Polypen: 21 myomatöse Polypen wurden entfernt; man thut bei allen grösseren Polypen, wo man sich schwer über die Stielverhältnisse orientieren kann, gut, die Kapsel des Tumors einzuschneiden, das Myom intrakapsulär zu entfernen und erst nachher an die Durchtrennung des Stieles zu gehen.

Enukleation submucöser Myome der Cervix und des Körpers: Die Methode der Erweiterung der Cervixhöhle mit Jodoformgazedocht wurde aufgegeben, da sie in ihrer Wirkung unsicher; liegt ein Laminariastift dagegen 10-15 Stunden, so ist das cervicale Gewebe derart aufgelockert,

dass nunmehr eine erwünschte Erweiterung mit dem HEGAR'schen oder FRITSCH'schen Erweiterer leicht gelingt.

Umschneidung der Vaginalportion, vorne; Abschieben der Blase nach oben; Spaltung der vorderen Lippe bis in die Höhe des inneren Muttermundes oder noch etwas höher, ohne Eröffnung der Peritonealhöhle. Nach ausgeführter Enukleation thut man gut die Uterushöhle zu tamponieren und die Rückbildung mit Secalepräparaten zu unterstützen.

Die Kastration bei Myomen: Die Mortalität der Kastration bei Fibroiden ist eine ziemlich hohe und beinahe so gross, wie bei Radikaloperationen infolge von Myom. Man wird somit gut thun die Kastration bei Myomen nur für gewisse Fälle zu reservieren, für Fälle, wo eine Radikaloperation auf besondere Schwierigkeiten stösst, oder wo allgemeine Gründe eine Abkürzung der Narkosen- und Operationszeit wünschenswert machen. Fünf Frauen wurden von ihrem Leiden geheilt; eine starb und bei der siebenten war kein Erfolg zu verzeichnen. Die Technik der Kastration hat sich durch Einführung der angiothryptischen Instrumente *(Doyen, Thumim, Zweifel)* bedeutend vereinfacht.

Exstirpatio uteri myomatosi vaginalis: Fünf Patienten wurden operiert und geheilt; die Tumoren müssen sich « in toto » mit der Gebärmutter ins kleine Becken ganz hereindrängen lassen und dürfen somit den Kopf eines Neugeborenen an Grösse nicht überschreiten.

Methoden der ventralen Myomoperation: D. hat die Wandlung von der extraperitonealen zur intraperitonealen Stielbehandlung bei den Myomoperationen nicht mitgemacht; er wird, ohne die Etappe der intraperitonealen Stielversorgung zu passieren, direkt zur Totalexstirpation des myomatösen Uterus übergehen.

Kombinierte Myomoperation: Entfernung des myomatösen Uterus durch supravaginale Amputation auf ventralem und Exstirpation des Stumpfes auf vaginalem Wege.

Ventrifixura uteri: Die Operation ist punkto Dauererfolg sehr zuverlässig; Methode von *Czerny*. Zur Hebung des Uteruskörpers wird die Hand bei mobilen Retroflexionen nicht mehr ins Cavum peritonei eingeführt, sondern der Körper wird mit Sondenhebelung dem Peritonealschlitz entgegenführt und mit einer Kugelzange gefasst.

Exstirpatio uteri vaginalis bei malignen Krankheiten: Von den 62 Carcinomen des Uterus, die zur Beobachtung kamen, eigneten sich kaum die Hälfte für eine operative, radikale Behandlung. Die Statistik der Portio- und Cervix-Carcinome drängt zu der Frage, ob es nicht richtiger

wäre, bei diesen Erkrankungsformen wieder zu der früher geübten hohen Amputation der Cervix zurückzukehren. Anders verhält es sich mit dem Corpus-Carcinom. *D.* hat sehr günstige Resultate zu verzeichnen; kein Recidiv: $\frac{10,\ 6,\ 5,\ 4,\ 2\ \text{Jahre}}{1,\ 1,\ 2,\ 1,\ 1\ \text{Fälle}}$; anders bei den Portio- und Cervix-Carcinomen; kein Fall ist recidiv frei geblieben. Das Recidiv wurde konstatiert nach:

$\frac{7,\ 4,\ 3,\ 2,\ 1\ \text{Jahren}}{1,\ 1,\ 2,\ 3,\ 1\ \text{Mal}}$; ein detailliert mitgetheilter Fall von Carcinoma Cervicis, bei dem die Operation wegen Collaps nicht zu Ende geführt werden konnte (ein Teil der Lig. lata war abgebunden und vom Uterus getrennt), bringt Debrunner auf den Gedanken, in gewissen, nicht zur Radikaloperation geeigneten Fällen durch Unterbindung der art. uterina einen relativen Stillstand in der Wachstumsfähigkeit des Carcinoms zu erzwingen.

Vaginale Köliotomien bei gutartigen Erkrankungen der Pars gestationis et generationis: Exstirpatio ut. vag.: wegen klimakt. Blutungen, wegen Prolapsus, wegen Myom verbunden mit Adnexoperation; Ovariotomie per Köliot. vagin.; Vaginofixura uteri verbunden mit Kolporrh.

Die Indikation zur vag. Uterusexstirpation bei Prolaps ist gegeben bei älteren Frauen, wo der Uteruskörper lang und schwer und wo durch eine hohe Cervixamputation der Beckenboden zu wenig entlastet ist; ferner, wenn schwere, das Leben der Frau gefährdende Geburten vorausgegangen sind. Eine Nachblutung nach vag. Ovariotomie (nachträgliche vaginale Entfernung des Uterus) genügte *D.*, den vaginalen Weg bei Ovariotomien zu verlassen. Bumm hat eine ähnliche Erfahrung mitgeteilt.

Ventrale Köliotomien wegen Tubenerkrankungen: 30 Fälle, wovon einer besonders deshalb interessant ist, weil man das Phänomen der *Tubenmenstruation* zu beobachten Gelegenheit hatte; da es sich um eine kranke Tube handelt, so kann man nur den Schluss ziehen, dass eine solche unter gewissen Umständen menstruiert; ob eine gesunde Tube dies auch thut, ist nicht bewiesen. Bei 23 Frauen war das spätere Befinden ein befriedigendes; sind die Adnexe beidseitig erkrankt, wie es bei der gonorrhoischen Form die Regel ist, so ist die vaginale totale Kastration die einzig richtige Operationsmethode.

Punktion von Pyosalpinxsäcken: Schmerzhafter Tumor von Faustgrösse an der rechten Uteruskante. Aspiration mit Potain entleerte ca. 300 gr. stinkenden Eiters; darauf war die Frau ca. fünf Jahre be-

schwerdenfrei; dann traten Schmerzen, Fieber und Erbrechen auf und entstand am nämlichen Ort, wie früher, ein Kindskopf grosser Tumor, der nach einiger Zeit sich durch die Uterushöhle entleerte.

E. *Pars generationis. Kastration:* Von 10 Kastrationen fallen acht auf Entfernung der Eierstöcke bei myomatösem Uterus; DEBRUNNER ist ein entschiedener Gegner der Kastration bei hysterischen Patienten.

Ovariotomien: 45 Fälle; dreimal musste zur tellerförmigen Einnähung der resecierten Cystenwand in den unteren Teil der Bauchwunde Zuflucht genommen werden.

Stieltorsion: wurde fünfmal beobachtet; einmal kam es durch Axendrehung zur Ruptur; ein zweites Mal schlossen sich die Symptome der Axendrehung unmittelbar an eine erste gynækologische Untersuchung an; ein drittes Mal hatte man es mit einem sehr langen und dünnen Stiel (Bleistiftdicke) zu thun. In allen fünf Fällen fand die Drehung des Tumors im Sinne KÜSTNER's statt.

Ovarialabscess: 35 jährige Frau, zweimal geboren, leidet seit $^3/_4$ Jahren an grün-eitrigem Ausfluss; starke gonorrhoische Endometritis, Vaginitis und Urethritis; im rechten Scheidengewölbe einen schmerzhaften, runden, apfelgrossen, cystischen Tumor, der als Ganzes exstirpiert wird.

Ovarialhernie: Mehrgebärende; ca. ein halbes Jahr nach dem Wochenbett zum ersten Male eine Anschwellung in der linken Leiste; nach zwei Jahren ziehende und stechende Schmerzen, welche bisweilen von der Leiste in die Tiefe ins Kreuz ausstrahlten. Die Eröffnung des Bruchsackes ergab als Inhalt ein durch ein eingelagertes Fibrom vergrössertes, linkes Ovarium. Bei der Stielung des Ovariums kam ein nussgrosses Fibroid des linken lig. latum zum Vorschein, das mit den linken Adnexen entfernt wurde.

Punktion von Ovarialcysten: Einmal aus Indicatio vitalis bei einem inoperablem Cystocarcinoma ovarii sin. mit Metastasen im Netz; ein zweites Mal vom hintern Scheidengewölbe aus, bei einem apfelgrossen, einkammerigen Ovarialtumor, und ein drittes Mal vom hintern, linken Scheidengewölbe, wegen Kindskopfgrosser, einkammeriger Cyste des linken Ovariums. (Operation war abgelehnt worden.) Entgegen der jetzt allgemein verbreiteten Ansicht, dass sich Ovarialcysten nach der Punktion immer wieder füllen, scheinen doch kleinere, einkammerige Cysten, durch Punktion dauernd geheilt werden zu können.

F. *Störungen im Ablauf physiologischer Vorgänge des Genitalapparates. Hyperinvolution des Uterus im Wochenbett:* 2 Fälle; beim ersten Fall

handelte es sich sicher nicht um eine Laktationsatrophie (THORN), wahrscheinlich auch nicht bei der zweiten Kranken. Hingegen ist bemerkenswert, dass beide Patientinnen sehr erregbare, neurasthenische Personen waren. Es ist deshalb DEBRUNNER sehr wahrscheinlich, dass es auch Fälle von Gebärmutteratrophie im Wochenbett geben muss, die auf krankhaften nervösen Einflüssen beruhen, eine *Hyperinvolutio puerperalis neuortica.*

Tussis uterina: Hysterica; zur Zeit, wo die Periode einsetzen sollte, stellte sich mit Regelmässigkeit ein 4—5 Tage dauernder Husten ein.

Libido sexualis: Bei über 50 °/₀ der Frauen der Ostschweiz ist von einer eigentlichen Libido nicht zu sprechen, trotzdem steht die Fruchtbarkeit denen anderer Länder nicht nach.

Molimina menstrualia: Neben dem bekannten Heer von Störungen, welche zur Zeit der Menstruation im Genitalkanal selbst, als lokale Molimina oder an entfernteren Organen entstehen können, hat *D.* eine interessante Beobachtung von *Stomatitis ulcerosa menstrualis* zu machen die Gelegenheit gehabt. Die Krankheit trat mit der Menstruation auf und verschwand mit derselben.

Künstliche Befruchtung: Es wird ein Fall von unzweifelhaft gelungener künstlicher Befruchtung mitgeteilt; in einem zweiten Fall war kein Erfolg zu verseichnen.

G. *Varia. Darmnaht und Darmresektion:* Es handelt sich in erster Linie um einen äusserst komplizierten und interessanten Fall, der auf's neue beweist, dass man auch in der scheinbar schlimmsten Situation den Mut nicht sinken lassen darf. Bei einer tuberkulösen Person wurden der Reihe nach eine *Gebärmutterkotfistel,* eine *Blasenkotfistel,* fünf *Dünndarmfisteln* und eine *Kolonfistel* operativ zur Heilung gebracht. Aus einem eingestülpten Darmstück wurde ein *plastischer Ersatz für den bestehenden Bauchdeckendefekt* geschaffen.

Enterorrhaphie des Kolon descendens: Nabelhernie von Kleinkindskopfgrösse; *Bruchsackentzündung;* Gangræn der darüber liegenden Haut in der Ausdehnung eines Fünffrankenstückes; spontane Eröffnung des Bruchsackes, wobei sich eine beträchtliche Menge jauchiger, brauner, dünner Flüssigkeit entleerte. Die sich darbietende, schwarzblau aussehende Darmschlinge (Kolon descendens) wurde eröffnet und damit ein *Anus præternaturalis* angelegt; Enterorrhaphie, nach dem ein Versuch, den widernatürlichen After durch Zerstörung des Sporns und darauffolgender DIEFFENBACH'scher Plastik zur Heilung zu bringen, an der

äussersten Schmerzhaftigkeit bei Anlegung der DUPUYTREN'schen Darmschere gescheitert hatte.

Resektion des Kolon ascendens wegen carcinomatöser Stenose : In der Ileocœcalgegend ein etwas beweglicher, faustgrosser, spindelförmiger Tumor; bei der Operation präsentiert sich dieser als dem Kolon ascendens angehörend, handbreit oberhalb der Klappe sich nach oben ausdehnend. *Murphyknopf,* entgegen der ursprünglichen Absicht, wegen kollapsähnlicher Erscheinungen. Verlauf günstig. Während die Operation am 1. September 1898 ausgeführt wurde, soll der Knopf erst im Frühjahr 1900 abgegangen sein.

Resektion eines Mastdarmvorfalles und des Kolon descendens von 10 cm. bei einem 12 wöchentlichen Mädchen : Einnähen des centralen Endes in die Analöffnung. Trotz ziemlichen Blutverlustes und langer Dauer der Operation, hielt das Mädchen den Eingriff gut aus; nach ca. 7 Wochen erkrankte es leider an akuter Enteritis und starb nach zweitägiger Krankheitsdauer.

Dünndarmresektion bei Gangraen einer Inguinalhernie : 3 tägige Inkarceration; ein 3 cm. langes Stück Dünndarm musste reseciert werden. LAMBERT-CZERNY'sche fortlaufende Seidennaht. Heilung.

Enterorrhaphie nach Dünndarmverletzung : Bei einem Versuch, den carcinomatösen Uterus mit der am Cervix eingesetzten Hakenzange zu entwickeln, riss diese aus und der Körper schnellte in die Bauchhöhle zurück. Durch Eingehen mit der ganzen Hand gelang es endlich, den Uterus zu erfassen und in das Scheidenlumen hereinzudrängen; dabei wurde mit einer kräftigen Muzeux'schen Zange eine Dünndarmschlinge angehakt. Die Schlinge wurde herausgezogen und der Riss mit einer Doppelreihe sero-seröser Nähte überbrückt.

Laparatomien aus verschiedenen Ursachen wie Nabelhernie, Hernia der Linea alba; irreponibler Nabelbruch; Lösung von Gallenblasenverwachsungen; Ileus, Lymphangioma cysticum retroperitoneale; kindskopfgrosses Carcinom des Ovariums; doppelseitige Hæmatosalpinx: Perioophoritis und Salpingitis; Perityphlitis; ausgedehnte Bauchhernie nach Laparotomie entstanden und Peritonitis hyperplastica chron.

Kasuistische Mitteilungen über Bauchfelltuberkulose : Sieben Fälle werden detailliert mitgeteilt. In der Auswahl der therapeutischen Massnahmen hat man die tuberkulöse Peritonitis einzuteilen in: diejenigen Fälle, die sich durch flüssiges Exsudat charakterisieren, und diejenigen. deren Erkrankungen sich durch trockene Peritonitis mit Knoten.

Schwielen und Plattenbildung kennzeichnen. Die erstere Form eignet sich namentlich für die Laparotomie, die andere für interne Behandlung.

II. Teil: Geburtshilfe.

Sectio cæsarea: I. *Porro'sche Operation* wegen eines Fibroides, das im Becken eingekeilt lag und bei der Laparotomie sich als inoperabel erwies; zugleich drängte das bereits jauchige Fruchtwasser zur gänzlichen Entfernung des Uterus. Kind lebend, Mutter geheilt; 6 Monate nach der Operation war das Fibroid im Douglas mindestens um die Hälfte kleiner geworden. II. *Konservierender Kaiserschnitt;* allgemein verengtes plattes Becken, mittleren Grades; Muttermund bereits geöffnet; Blase gesprungen Schädellage mit Querstand der Pfeilnaht. Vorsichtig wird die Axenzugzange quer adaptiert und versucht den Kopf ins Becken hineinzubringen, was nicht gelingt. Der frühzeitige Fruchtwasserabfluss, die überaus starke Dehnung des untern Uterinsegmentes und der grosse Kindesschädel waren für die Wendung und Extraktion recht ungünstig. Symphyseotomie ist bei Erstgebärenden wegen der ernsten Verletzungen in den unteren Geburtswegen gefürchtet. Perforation wurde nicht acceptiert, also Kaiserschnitt. Ein 5 Kilo schwerer Knabe wurde tief asphyktisch zur Welt befördert und wieder belebt. Mutter gesund entlassen. III. *Porro'sche Operation.* Einmal am normalen Ende der Schwangerschaft durch Perforation entbunden. Im Uebergang von der Lende zum Kreuzbein besteht ein ausgesprochener kyphotischer Gibbus; keine Skoliose. Beckenweite geräumig, das Promontorium kann nicht erreicht werden, alle geraden Durchmesser sind gross. Das Becken zeigt den Typus eines quer verengten kyphotischen Beckens mit bedeutender Verengerung des Beckenausganges. Phthisis incipiens; Schwangerschaftsnephritis; Schwangerschaftserbrechen, künstlicher Abortus im fünften bis sechsten Schwangerschaftsmonat. Laminariastift; hierauf Tamponade der Cervix und der Scheide: keine Wehen; am 3. Tage nahm der Ausfluss einen üblen Geruch an; dann Schüttelfrost, 39°. 110. Supravaginale Amputation des nicht entleerten, graviden Uterus. Einnähen des Stumpfes in den unteren Wundwinkel. Geheilt entlassen.

Asphyxie der Kaiserschnittskinder: Die von Debrunner konstatierte Nutzlosigkeit der gewöhnlichen Massnahmen bei asphyktischen Kaiserschnittskindern, wie sie sonst bei aus anderer Ursache entstandenen Asphyxien so prompt wirken, macht die Narkosenasphyxie fast zur Gewissheit.

Zur Physiologie der Nachgeburtsperiode : Es wurde im zweiten Fall von Sectio cæsarea, da der Uterusschnitt die Placenta nicht traf, die Bildung eines retroplacentaren Hæmatoms constatiert. Weitere Beobachtungen bei Kaiserschnitten mit unverletzter Placenta können zur Richtigstellung der viel umstrittenen Frage der Placentarlösung beitragen.

Zur Haltung der Früchte in frühen Schwangerschaftsmonaten : Als Ursache der bekannten intrauterinen Haltung der Extremitäten in den späten Schwangerschaftsmonaten wird allgemein Raumbeengung angegeben. Im dritten Falle von Kaiserschnitt, wo der Uterus in toto ohne vorherige Entleerung desselben entfernt wurde, konnte sich Debrunner von derselben Haltung der Extremitäten der fünfmonatlichen Frucht überzeugen, wie die reifen Früchte bieten. Es muss wohl die Extremitätenhaltung in früheren Schwangerschaftsmonaten in einer Reflexwirkung liegen, womit auch die Thatsache übereinstimmt, dass tote Kinder sehr häufig Anomalien in der Extremitätenhaltung aufweisen.

Ein Fall von Ectasia vesicæ urinariæ congenita und damit verbundenem Geburtshindernis: Obduktionsbefund (Prof. Dubler: Pathologisches Institut Basel) Dilatatio ureter. Hydronephrosis duplex. Phimosis. Peritonitis adhæsiva partialis. Atelectasis pulmonum totalis.

Diese Missbildung ist als eine recht seltene zu bezeichnen. Dr Schwyzer, ehemaliger Assistent bei Prof. Wyder, hat an Hand eines in der Zürcher Frauenklinik beobachteten Falles 14 Beobachtungen aus der Litteratur zusammengestellt. Der Debrunner'sche sowie der Wyder'sche Fall zeichnen sich durch die überaus grosse Ektasie der Harnblase aus, so dass sie zu einem absoluten Geburtshindernis Veranlassung gaben. Auch im Wyder'schen Falle sind Kopf und Arm bei den Extraktionsversuchen ausgerissen worden.

Zweimal zu kurze Nabelschnur, bei derselben Frau beobachtet: 17 und 27 cm. Länge. Meistens ist die Kürze eine *relative,* durch Umschlingung bedingte. Selten ist hingegen die *absolute* Kürze der Nabelschnur. Eine Nabelschnurlänge unter 30 cm. wird zur Seltenheit.

Retroflexio uteri gravidi partialis: Es handelt sich um eine seltene Erkrankung; sackförmige Ausstülpung der hintern Wand. Der mitgeteilte Fall gewinnt dadurch an Interesse, als er zeigt, dass die Cirkulationsstörung in der ausgebuchteten Wand einen solchen Grad erreichen kann, dass bei dem einen der Zwillinge Tod eintritt, wenn zufälligerweise, wie hier, seine Placenta in der Ausstülpung liegt, während der

andere Zwilling sich weiter entwickelt, da seine Placentarinsertion eine günstige Lage hat.

Künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge: Von 16 wegen Beckenenge eingeleiteten künstlichen Frühgeburten kamen 15 lebende Kinder zur Welt. Betreffs der Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt hält sich DEBRUNNER an das alte KRAUSE'sche Verfahren. Bewirken die Bougies keinen genügenden Wehenreiz, so kommt die Meutreuryse, eventuell mit Extensionsvorrichtung am Ballon, zur Anwendung. Die PROCHOWNIK'sche Entziehungskur ist angezeigt bei Fällen, die sich durch einen langsamen und unsicheren Weheneintritt charakterisieren; man kann dadurch den Zeitpunkt der Einleitung möglichst weit hinausschieben.

Künstliche Frühgeburt aus anderer Ursache, als Beckenenge: Diese kam zur Ausführung: Zweimal wegen übermässig langer Retention abgestorbener Früchte; einmal wegen Hydrops generalis; einmal wegen hochgradigem Hydramnios; einmal wegen unstillbarem Erbrechen und einmal nach vorausgegangener Vorfalloperation.

Placenta prævia: Die früher geübte Methode der wiederholten Tamponade der Cervix bei Blutungen infolge Placenta prævia ist nicht rationell. Combinierte Wendung nach BRAXTON HICKS. 12 einschlägige Fälle werden detailliert mitgeteilt.

Laparotomie bei Graviditas extrauterina: 6 hierhergehörige Fälle; im letzten handelte es sich um einen ausgesprochenen Fall von Bauchschwangerschaft. Die Nachgeburt inserierte zum grössten Teil an der hintern Blasenwand, am Peritoneum des Douglas'schen Raumes und nur wenig an der linken obern Kante des Uterus.

Vaginale Kœliotomie bei Graviditas extrauterina: Da durch das Einsetzen von Kugelzangen in die vordere Gebärmutterwand eine Blutung hervorgerufen wurde, die durch wiederholte Umstechungen nicht beherrscht werden konnte, so wurde das ganze Gebärorgan unter Zuhülfenahme der Angiothrysie rasch extirpiert. Die Kranke erholte sich langsam und konnte erst in der vierten Woche nach der Operation aufstehen. DEBRUNNER will in ähnlichen Fällen doch wieder zu der ventralen Kœliotomie zurückkehren, da diese Operationsmethode mehr Uebersicht und Sicherheit gewährt.

Cervixrisse sub partu: Die Naht von Cervixrissen wurde in vier Fällen ausgeführt und zwar unter Leitung der Finger, ohne Assistenz.

Durchreibung der Cervix sub partu: Erstgebärende, allgemein ver-

engtes, platt-rachitisches Becken; Kopf beweglich; von anderer Seite Zangen- und Wendungsversuche; am siebenten Geburtstag wurde dann von Debrunner die Perforation ausgeführt.

Ausgedehnter Längsriss der Scheide sub partu: Angeborne Enge der Vagina; Geburt dauert mehrere Tage; Zange; Kopf in Beckenhöhle; das Scheidenrohr reisst auf der linken Seite vom Scheidengewölbe bis zum Damm ein. Scheide wird mit Catgut, der Damm mit Seide vereinigt.

Scheidenmastdarmriss sub partu: 2 Beobachtungen. Heilung; spätere Geburten ohne Verletzung, einmal spontan, einmal mit der Zange.

Uterusruptur sub partu. Kasuistik: 3 Fälle. Wenn man auch Anhänger der operativen Therapie bei Uterusruptur ist, so können den Geburtshelfer innere und äussere Gründe zwingen, derselben nicht nachzuleben.

Prof. Dr A. C. F. Eternod *, Genf:

Hypothese über die Art und Weise der wahrscheinlichen Gastrulation des menschlichen Eies.

Hypothèse sur le mode de gastrulation probable de l'ovule humain.
(Masson et Cie, éditeurs, Paris.)

Es sei uns hier vergönnt, die « *Schlussfolgerungen* » der Publikation des bekannten Genfer Embryologen anzuführen. (Auf Details einzugehen, würde leider zu weit führen.)

« 1. Die ersten Segmentationen der Eier des Menschen und der Primaten sind nach unserer Ansicht sehr einfach, wie diejenigen der Oligolecithalen-Eier.

2. Die Blastula muss eine sehr einfache, bläschenartige Form haben.

3. Die Gastrula-Invagination kann nur lokal, sehr klein und sehr « dyssymetrisch » sein, wie bei den ausgesprochen meroblastischen und telolecithalen Eiern der Sauropsidien.

4. So entsteht ein notochordaler Kanal (Archenteron), demjenigen der Nager vergleichbar, mit vollständigem Dach (Chordale Platte) und verschwommenem, atrophischen Boden (Lecithophore).

* Nach einem auf dem internationalen Congress für Medizin in Paris gehaltenen Vortrage.

5. Das Amnios erscheint und isoliert sich sehr frühzeitig, indem es sich mit der peristomalen Region zu einem Ganzen vereinigt. (Neurenterischer Kanal, Primitiv-Rinne.)

6. Der Embryo bildet sich und wächst vom caudalen Ende her, am gewöhnlichen Orte, d. h. vor dem neurenterischen Kanal.

7. Es bildet sich, so zu sagen von Anfang an, ein äusserer « cœlomischer » Raum von grossen Dimensionen.

8. Die uterine Einbettung ersetzt die Ernährung (auf meroblastischem Wege) des Eidotters und der Allantois.

9. Der Eidotter und die Allantois befinden sich daher in regressiver Involution.

10. Die Nabel-Circulation spielt deshalb für die Menschen eine nur beschränkte Rolle.

11. Die chorioplacentare Circulation ist von grösserer Bedeutung: ohne die Mitwirkung der Allantois; diese ist im ersten Stadium der Entwickelung beim Menschen auf einen Allantoiskanal reduciert, der das Chorion nie erreicht und sich nicht in den « cœlomischen » Raum erstreckt, wie dies die Allantois vieler Säugetiere thut.

12. Später wird dieser Kanal, durch einen wahren funktionellen Ausgleich, zur Blase.

13. Die « branchiale » Vorrichtung versehen mit der allantoiden-chorio-placentaren Circulation funktioniert in Wahrheit nie als Instrument der Respiration.

14. Diese Vorrichtung findet sich nur in seinen Umrissen vor, um schnell andern Funktionen sich anzupassen (Gehör etc.). »

Dr A. Gassmann, Basel:

Ueber die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder *.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, 1901, pag. 345.)

Den früher bereits mitgeteilten 4 Fällen werden 7 weitere Beobachtungen, von an Vulvovaginitis erkrankten Kindern, aus der dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Jadassohn angereiht. Diese neuen

* Nachtrag zu der Mitteilung in Nr. 18 des Corr.-Blatt. 1900. Siehe auch Gyn. Helv. Erster Jahrgang, pag. 21.

Fälle sind geeignet, die von GASSMANN früher ausgesprochene Ansicht zu stützen, dass die Uterusschleimhaut bei den Kindern relativ selten gonorrhoisch erkranke; *denn nur in « einem » von diesen sieben Fällen wurden im Cervikalsekret Gonococcen gefunden.* « Die obigen Untersuchungsresultate zeigen, dass es rationell ist, in jedem Fall von Vulvovaginitis, auch das Cervicalsekret mikroskopisch zu untersuchen. Findet man im letzteren Gonococcen, dann wird man zu entscheiden haben, ob man auch den Cervikalkanal, resp. Uterus, antibakteriell behandeln, oder sich auf eine « palliative » Behandlung der Vagina und Urethra, die allerdings auch am besten mit gonococcentötenden Mitteln vorgenommen wird, beschränken will; mit Vaginalspülungen allein kann man nicht erwarten die Cervikalerkrankung wesentlich zu beeinflussen, und so lange diese besteht, ist jedes Aussetzen der Behandlung der tiefer gelegenen Teile von einem Recidiv gefolgt. »

Prof. A. GŒNNER, Basel:

Hundert Messungen weiblicher Becken an der Leiche.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Basel.
(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. XLIV, Heft 2.)

Da die Maasse des kleinen Beckens, welche wir in den Lehrbüchern der Geburtshülfe angegeben finden, auf Messungen, welche am skeletierten Knochen vorgenommen worden sind, zu beruhen scheinen, so hat sich GÖNNER die verdienstvolle Aufgabe gestellt, einschlagende Messungen an Becken weiblicher Leichen selbst vorzunehmen. Die Messungen wurden im Basler pathologischen Institut ausgeführt (Prof. KAUFMANN) und zwar vermittelst eines von GÖNNER speziell dazu konstruierten Messapparates. Eine Menge wichtiger Thatsachen werden zu Tage gefördert, auf die wir hier leider nicht eingehen können; immerhin wollen wir nicht versäumen, die Hauptergebnisse der interessanten Arbeit wieder zu geben, wie GÖNNER sie selbst am Schlusse seiner Untersuchungen zusammenstellt:

« *Die üblichen Maasse des Beckeneingangs- und Ausgangs sind zu gross, wahrscheinlich weil sie auf Messungen am trockenen Knochen und nicht an der Leiche beruhen. Geburtshülflich wichtige Verengerungen finden*

sich in Basel 10 %, was mit den Beobachtungen der Praxis ziemlich gut stimmt. Wenn wir an den bisher geltenden Maassen festhalten, so bilden die anatomisch betrachtet tadellosen Becken die Minderzahl. Es dürfte sich empfehlen, diese Maasse einer Revision zu unterziehen und weniger strenge Forderungen aufzustellen; denn warum soll ein Becken pathologisch sein, das dem Durchtritt des Kindes kein Hinderniss in den Weg stellt. Leichte Verengerung des Beckenausgangs ist nicht so selten, als man annimmt, und dürfte hie und da den Austritt des Kopfes verzögern. 11 % der gemessenen Becken stellen einen besonderen Typus dar, sie sind rund, d. h. der Querdurchmesser ist nur wenig grösser als die C. V., welche gute Maasse aufweist. »

Prof. A. Gœnner, Basel:

Experimentelle Untersuchungen über die Giftigkeit des Urins.

(Centralblatt für Gynækologie, Nr. 29, pag. 837, 1901.)

Die Experimente wurden teils im *physiologischen Institut,* teils im *Basler Frauenspital* vorgenommen und sollen fortgesetzt werden, da sie zu keinem abschliessenden Resultat geführt haben. Es wurde (aus 24stündiger Harn-Menge) von zwei gynækologischen Patientinnen, Harn auf Körpertemperatur erwärmt, Kaninchen in die Bauchhöhle injiciert. Das Ergebnis dieser Versuche war folgendes: Die erste Frau wog 57 kg.; ihre 24 stündige Harnmenge betrug 1950 ccm.; 150 ccm. dieses Urins töteten ein Kaninchen von 3,1 kg. In diesem ersten Falle war somit die Rechnung folgende: Menge des 24 stündigen Harnes (1950 ccm.) dividiert durch die tötliche Dosis für 1 kg. Kaninchen (48,3) mal Gewicht der Versuchsperson (57 kg.), das giebt:

$$\frac{1950}{48{,}3 \times 57} = \frac{1950}{2753} = 0{,}70.$$

0,70 ist nach Bouchard und seiner Schule der *urotoxische Coefficient;* er ermöglicht in einer einzigen Zahl die Giftigkeit des Urins in einem konkreten Falle auszudrücken. Bei der zweiten, nicht Graviden, untersuchten Frau, betrug der urotoxische Coefficient 0,65. (Nach Bouchard soll er beim gesunden Menschen durchschnittlich 0,464 sein.) Die weitern Versuche betrafen Schwangere und Wöchnerinnen.

Urotoxischer Coefficient gesunder Frauen.

A. Schwangere.	B. Wöchnerinnen.	
0,06	Vor der Geburt ausgetreten.	Versuche an Kaninchen
0,51	0,74	
0,58	0,91	
0,43	0,39	
0,38	Vor der Geburt ausgetreten.	

Da die geringe Urinmenge Eklamptischer gewöhnlich nicht genügt. um die tötliche Dosis bei Kaninchen zu erreichen, es aber doch wünschenswert ist, dass die Versuche bei Gesunden und Kranken mit der gleichen Tiergattung vorgenommen werden, so hat Gönner später graue Mäuse zu seinen Experimenten verwendet und folgende Resultate erhalten:

Urotoxischer Coefficient gesunder Frauen.

A. Schwangere.	B. Wöchnerinnen.	
0,06	0,16	Versuche an grauen Mäusen.
0,12	0,12	
0,12	0,09	
0,09	0,20	
0,07	0,08	
0,08	0,07	

Die Zahlen ergeben, dass man nicht von einem urotoxischen Coefficienten schlechtweg sprechen kann; sondern dass die zu den Versuchen verwendete Tierspezies berücksichtigt werden muss.

Weitere Versuche wurden an *Eklamptischen* angestellt und steht die gefundene geringe Giftigkeit des eklamptischen Urins in Widerspruch mit den von Schuhmacher gefundenen Thatsachen; er spricht von einer « enorm hohen Giftigkeit. »

Anmerkung des Referenten: Ich möchte hier auf eine sehr gewissenhafte und vorzügliche Arbeit aufmerksam machen, die sich ebenfalls mit der « *Giftigkeit des Urins* » befasst. Es handelt sich um die Dissertation von Dr. G. Müller, die aus der Genfer medicinischen Klinik des Herrn Prof. Bard und aus dem Laboratorium für experimentelle Therapie (Prof. Mayor) stammt: « *Contribution à l'étude clinique de la diurèse.* » (Kündig, Libraire-Editeur. Genève, 1900.)

Die 242 Seiten starke Arbeit zerfällt in drei Abteilungen:

1. Die spontane Diurese.
2. Die Diurese, beeinflusst durch mechanische Momente (Aderlass, Thorakocentesis. Parakocentesis, etc.).
3. *Harngiftigkeit.* Diurese. Eigene Untersuchungen.

Aus *der historischen Einleitung* dieses dritten, sehr interessanten Abschnittes, wollen wir Folgendes, den Gynækologen Interessirendes, anführen:

EMILE BLANC* hat gezeigt, dass die Schwangere nicht mehr toxische Substanzen eliminirt als eine Nicht-Schwangere; urotoxischer Coefficient = 0.25; bei Wöchnerinnen ist er = 0.46.

Indem der gleiche Forscher** sich auf eine zweite Untersuchungsreihe stützt, die er an Schwangeren und Nicht-Schwangeren, die alle unter den gleichen äusseren Bedingungen lebten, angestellt, kommt er zu dem Resultat, dass die Harngiftigkeit der Schwangeren nicht unter derjenigen der Nicht-Schwangeren sich befinde; die Verminderung des urotoxischen Coefficienten, wie sie bei Schwangeren festgestellt worden war, wäre also eher auf die Aenderung der äusseren Lebensbedingungen zurückzuführen.

BOEX, LABADIE-LAGRAVE et NOE*** constatirten in Wirklichkeit eine Abnahme des urotoxischen Coefficienten vom zweiten Schwangerschaftsmonat an; sie denken an eine funktionelle Hyperaktivität der Leber.

CHAMBRELANT**** fand in den letzten Schwangerschaftsmonaten den urotoxischen Coefficienten = 0.25 (analog demjenigen von LABADIE-LAGRAVE gefundenen).

Diese Thatsache könnte nützlich sein bei der Interpretation der eclamptischen Phænomene.

G. MÜLLER hat seine Untersuchungen an Kranken der BARD'schen Klinik (Pleuretis, Herzinsufficienz, chronische Nephritis, acute Nephritis, etc.) angestellt, und müssen seine Schlussfolgerungen demjenigen natürlicherweise bekannt sein, der sich mit der Frage der « *Giftigkeit des Harnes* » in irgend einem Zweige der Medicin eingehender beschäftigen will.

Dr P. GOTTSCHALL, Zürich:

Ein Fall destruierender Blasenmole mit Uebergang in Syncytioma malignum.

Aus der Frauenklinik der Universität Zürich.
(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Drittes Heft, pag. 331. Vierter Band.)

Frl. Dr. GOTTSCHALL beobachtete in ihrer Praxis folgenden lehrreichen und instruktiven Fall: 30jährige, zarte, anæmische Frau; am 14. XI. 1899 starke krampfartige Schmerzen im Unterleib mit ziemlich starkem Blutabgang; deutliche Uteruscontractionen; 15. XI. Wehen sind nur noch selten eingetreten (nach Opium-Verabreichung); 16. XI. Wehen nehmen an Zahl und Intensität wieder zu; in der Vagina eine etwa handtellergrosse Placenta; 4. XII. Allgemeinbefinden fortgesetzt ausgezeichnet; kein Blutabgang und kein Fluor. Uterus etwas vergrössert, hart, freibeweglich, nicht druckempfindlich; 1. I. 1900 Pat. verlor im Laufe der letzten Woche, besonders wenn

* *Lyon médical,* 1890, p. 553.
** *Lyon médical,* 1891, p. 580.
*** Société de Biologie, séance du 12 décembre 1896.
**** Société de Biologie, séance du 13 mars 1892.

sie längere Zeit herumgegangen war, etwas rötlich gefärbten Fluss; heute Morgen eine starke Blutung, Uterus ums Doppelte vergrössert, von teigiger Consistenz; 17. I. in den folgenden Tagen immer etwas Blutabgang; 23. I. plötzlich intensive, krampfartige Schmerzen im Bauche, wehenartige Schmerzen, Puls 160, Temp. 36.2.

Diagnose: Innere Blutung. Ueberführung in die WYDER'sche Frauenklinik. Hier wurde die *Wahrscheinlichkeitsdiagnose* auf *Graviditas extrauterina dextra* mit innerer Blutung gestellt und zur Laparotomie mit supravaginaler Amputation des Uterus geschritten. Trotz aller gegen die Anæmie aufgebotenen Mittel Exitus nach 3 Stunden.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich eine grosse Menge geronnenen und flüssigen Blutes; dann präsentirte sich der nicht ganz kindskopfgrosse Uterus, an dessen hinterer Wand, oben, neben dem Fundus, ein für den Finger einlegbares Loch bestand, aus welchem eine mit Blasen vermischte Flüssigkeit trat.



Fig. 2.

Uterus mit Blasenmole. — *a*. Cervicalkanal. — *b*. Orif. internum. — *cc*. Durch die Blasenmole zerstörte Partien der Uteruswand. — *d*. Grosse Zottenblasen. — *e*. Schmale Lamelle der restierenden Uteruswand in der Nähe der Perforationsöffnung.

Der exstirpierte Uterus hatte eine Länge von 13 cm. und eine Breite von 8 cm. (vide Fig. 2). Etwa 2 cm. oberhalb des Orif. int. befindet sich

etwas hinter der rechten Kante des Uterus, eine ca. einfrankenstückgrosse Oeffnung in der Serosa mit 3 seitlichen Einrissen und zerfetzten Rändern; hier liegt ein rundlicher, weicher Tumor von ca. 7 cm. Durchmesser; er besteht aus geronnenen Fibrinmassen, zerfetzten Gewebsbalken und aus kleinsten bis traubenbeergrossen Chorionzotten.

Die von Frl. Dr Gottschall vorgenommene *mikroskopische Untersuchung* ergab ein *Syncytioma malignum*, d. h. eine jener äusserst bösartigen, epithelialen Neubildungen, die hauptsächlich aus zwei verschiedenen Zellformen bestehen, welche normalerweise die Chorion-Zotten bekleiden, den *Langhans'schen Zellen* und den nach aussen von diesen resp. auf diesen gelegenen *syncytialen Zellen*. Zwei hübsche mikroskopische Abbildungen erläutern auf's Beste die Beschaffenheit der vorliegenden Geschwulstbildung.

Dr D. Gourfein, Genf:

Ein Fall von Augendiphterie, nach Diphterie der Vulva, bei einem fünf Jahre alten Mädchen.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 9, 1901, pag. 557).

Die Diphterie der Vulva stellt eine sehr seltene Erkrankung dar; bei ca. 900 diphteriekranken Mädchen des « Maison des enfants malades » wurde nur ein einziger Fall von Vulvadiphterie beobachtet. Eine Coïncidenz dieser letztern mit ophtalmischer Diphterie wurde bis jetzt überhaupt nicht beschrieben, weshalb Gourfein den von ihm im Rothschild'schen Privataugenspital behandelten Fall detaillirt mitteilt:

Mädchen von 5 Jahren tritt am 20. Mai 1901 in das Augenspital ein; sein rechtes Auge ist seit 24 Stunden erkrankt; die Mutter gibt an, dass ihr Mädchen seit 8 Tagen an einer Genitalerkrankung leide und in der That constatiert man die Vulva geröthet und geschwellt; die Mucosa der grossen und kleinen Schamlippen, wie diejenige der Clitoris, ist von einer ziemlich dicken, aber wenig adhærenten Membran überzogen; geringe Sekretion; die Leistendrüsen geschwellt.

Die bakteriologische, ganz besonders aber die experimentelle Untersuchung der vorhandenen Sekrete, liess keinen Zweifel bezüglich der *Diagnose: Diphterie,* bestehen.



Dr Guillaume, Bern:

Aus dem statistischen Bureau des eidg. Departements des Innern. Bern:

Ehe, Geburt und Tod.

Schweizerische Statistik-Lieferung 103, 112 und 128.

(Art. Institut Orell Füssli in Zürich 1895, 1897 und 1901).

Es handelt sich um ein ganz vorzügliches Opus aus dem statistischen Bureau des eidg. Departement, dem Dr Guillaume als Direktor vorsteht.

Der erste Teil behandelt: « *Die Eheschliessungen und Ehelösungen.* »

Der zweite Teil behandelt: « *Die Geburten.* »

Der dritte Teil (Erste Hälfte) behandelt: « *Die Sterbefälle.* » (Des dritten Teiles zweite Hälfte ist unter der Presse).

Wenn auch das Studium des ganzen Werkes von grösstem Werte ist. so müssen wir uns dennoch hierauf beschränken, nur den zweiten Teil, *die Geburten*, etwas zu analysieren.

Die Geburten während der Jahre 1871-90 werden in folgenden Kapiteln besprochen:

1. *Die Geburtenhäufigkeit nach ihrem zeitlichen Verlaufe.*
2. *Die Geburtenhäufigkeil nach ihren örtlichen Unterschieden.*
3. *Die Geburtenhäufigkeit nach dem Berufsverhältnis, dem Religionsbekenntnis und dem Volksstamme der Bevölkerung.*
4. *Die durchschnittliche Kinderzahl in den Ehen.*

Es ergibt sich für die Schweiz die Durchschnittszahl von 4,9 Kindern auf eine Familie. Ist die eheliche Fruchtbarkeit in unserm Lande grösser oder kleiner, als sie früher war; hat sie zu- oder abgenommen, oder stellt sie sich als eine unveränderte dar?

Es wird eine langsame aber anhaltende Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl der Ehen für die Zeit seit 1806 als Gesammtergebnis von 11 Kantonen (gleich 34°/₀ der gesamten Schweiz), für die Zeit seit 1831 als Gesammtergebnis von 14 Kantonen (gleich 55 °/₀), und für die Zeit seit 1851 als Gesammtergebnis von 20 Kantonen (gleich 87°/₀) konstatiert.

5. *Die unehelichen Geburten.*
6. *Die Mehrgeburten.* « *Viele werden vielleicht die Mehrgeburten, d. h. die Zwillings- und Drillingsgeburten u. s. w. als ein gesetzloses Natur-*

spiel betrachten; aber die Statistik hat auch für sie, nach mehreren Richtungen hin, eine grosse Regelmässigkeit nachgewiesen.

So ergibt sich in Bezug auf die verhältnismässige Häufigkeit der Mehrgeburten für die Schweiz im ganzen Folgendes:

Beobachtungszeit.	Zwillingsgeburten auf je 1000 Geburten.	Drillingsgeburten auf je 100,000 Geburten.
1871-90	12	12
1886-90	12	12
1881-85	12	11
1876-80	12	12
1871-75	10	12

Ebenso grosse Stetigkeit zeigt bei den Zwillingsgeburten ihre Zusammensetzung aus den beiden Geschlechtern.

Bei den Drillingsgeburten ist das Durchschnittsergebnis ihrer geschlechtlichen Zusammensetzung das folgende: von je 100 Drillingsgeburten bestanden

24 aus 3 Knaben,
28 aus 3 Mädchen,
28 aus 2 Knaben und 1 Mädchen und
20 aus 1 Knaben und 2 Mädchen.

Gross ist auch die Gleichmässigkeit mit der sich die Mehrgeburten auf die Monate verteilen. Das während des grösseren Teils des Jahres herrschende Durchschnittsverhältnis von 12 Mehrgeburten, wird in gleichmässigem Auf- und Abstieg nur bei den Empfängnissen der Monate Mai bis September überschritten, so dass der Empfängnismonat Juli als der den Mehrgeburten günstigste dasteht.

Nach dem Bisherigen auffallend zeigen sich dagegen recht grosse Unterschiede in der Häufigkeit der Mehrgeburten nach den verschiedenen Gegenden.

Da nach früheren Untersuchungen die obwaltenden kantonalen Unterschiede auch als ziemlich verschiedene auftreten, so fragt man sich um so mehr, welchen Verhältnissen und Einflüssen solche Verschiedenheiten wohl zuzuschreiben seien. Eine ganz ersichtlich auch für die Schweiz zutreffende Erklärung hiefür bietet die Geburtsstatistik des Grossherzog-

tums Finnland, durch den deutlichen Nachweis, *dass die Häufigkeit der Mehrgeburten in bestimmtem Zusammenhange steht mit dem Alter der Mütter.*

Die Häufigkeit der Mehrgeburten im Grossherzogthum Finnland 1885-94.					
Alter der Mütter	Gesammtzahl der Geburten	Zwillings-geburten	Drillings-geburten	Zwillingsgeb. a. je 1000 Geb.	Drillingsgeb. a. je 100,000 G.
bis 20 Jahre	19,091	116	1	6	5
20-25 »	139,086	1,151	12	8	9
25-30 »	198,060	2,375	19	12	10
30-35 »	190,796	3,030	51	16	27
35-40 »	148,683	3,101	47	21	32
40-45 »	80,943	1,402	24	17	30
45 od. mehr »	12,133	140	—	12	—
unbekannt	815	8	—	10	—
im ganzen	789,607	11,323	154	102	113

Die Wahrscheinlichkeit einer Mehrgeburt steigt demnach mit dem Alter der Mutter, jedoch nur bis zum 40. Jahre, von da an nimmt sie wieder ab.

7. *Die Todgeburten*; Jahr für Jahr kommen in der Schweiz mehr als dreitausend derselben vor. Für die Schweiz ergab sich für jedes der drei Jahrgänge zwischen 1876 und 1890 die gleiche Zahl von 4%.

Einen sehr ausgesprochenen Unterschied der Todgebürtigkeit zeigen die ehelichen und die unehelichen Geburten; denn von je 100 derselben waren — im Jahrzwanzig 1871-90 — bei den Ehelichen nur 3,9, bei den Unehelichen aber 6,5 totgeboren.

Wenn auch weniger gross, als die Letztaufgeführten, so dennoch wohl bekannt, sind die Unterschiede in der Totgebürtigkeit der beiden Geschlechter. — Im Durchschnitt für 1871-90 zeigen sich dieselben in den folgenden Zahlen:

	Totgeburten auf je 100 männliche	und weibliche Geburten
Geburten überhaupt	4,5	3,6
Eheliche Geburten	4,4	3,5
Uneheliche Geburten	7,0	6,0

Die Erklärung dieser Verschiedenheiten gehört so sehr in das Fachgebiet der Aerzte und Physiologen, dass hier nicht darauf einzutreten ist. — Noch sei hier die ausserordentlich grosse und doch Niemand auffallende Totgebürtigkeit der Mehrgeburten vorgeführt. Es fanden sich unter den 32,194 Zwillingen aus den Jahren 1876-90 im ganzen 3087, d. h. 9,6% und unter den 462 Drillingen 101, d. h. 21,9% Totgeborene. »

8. *Das Geschlechtsverhältnis bei den Geburten.* Eine wohlbekannte Erscheinung ist das regelmässige Ueberwiegen der Knabengeburten über die Mädchengeburten. Für die Schweiz stellt sich dieser Ueberschuss in den folgenden Zahlen dar:

Beobachtungsjahre	Auf je 100 Mädchengeburten kommen Knabengeburten
1871-90	106
1886-90	105
1881-85	106
1876-80	106
1871-75	106

Das Geschlechtsverhältnis bei den Geburten zeichnet sich demnach durch eine ausserordentlich grosse Stetigkeit aus; dagegen ist der Unterschied, den das Geschlechtsverhältnis der ehelichen und das der unehelichen Geburten aufweist, relativ recht gross:

Beobachtungsjahre	Auf je 100 Mädchengeburten kam Knabengeburten	
	bei den ehelichen	b. d. unehelichen
1871-90	106	102
1886-90	106	102
1881-85	106	103
1876-80	107	102
1871-75	106	101

9. *Die Geburtshäufigkeit nach den Monaten.* Erscheinen die monatweisen Schwankungen der Geburtenhäufigkeit auch nicht gerade als grosse, so zeichnen sie sich doch durch grosse Bestimmtheit aus. Regelmässig weisen die letzten drei Monate des Jahres am wenigsten Geburten auf, weil mit gleicher Regelmässigkeit in den ersten drei Monaten des Jahres am wenigsten Empfängnisse stattfinden; am häufigsten sind

letztere in den Monaten Mai bis Juli und darum die Geburten in den Monaten Februar bis April.

10. *Die Geburten nach dem Heimatsverhältnisse.*

Anmerk. des Ref.: Wenn wir die Lehrbücher der Geburtshülfe bezüglich der Ursache von Zwillings- resp. Mehrgeburten durchgehen, so werden wir die Bemerkung machen, wie wenig man über dieses Thema weiss.

Zweifel sagt in seinem Lehrbuch, zweite Auflage:

« Auffallend ist es, dass mehrfache Schwangerschaft sich nicht selten bei der gleichen Frau wiederholt und dass auch solche Kinder wieder häufiger mit Zwillingen gesegnet werden. Ebenso ist bei einer allgemein erhöhten Fruchtbarkeit auch die Zahl der mehrfachen Schwangerschaften grösser. »

Runge in seinem Lehrbuch 1891:

« Die Häufigkeit der mehrfachen Schwangerschaft nimmt im Allgemeinen mit der Zahl der Geburten und dem Alter der Mutter zu. Nicht so selten wiederholt sich Zwillingsschwangerschaft bei der gleichen Frau. Erblichkeit scheint vorhanden zu sein. »

Ahlfeld in seinem Lehrbuch 1898:

« Von den Ursachen der mehrfachen Schwangerschaft ist nur bisher die *Erblichkeit* bekannt. »

Strassmann in der Encyklopädie von Sänger-v. Herff:

« Zwillingsmütter sind meist Mehrgebärende höheren Grades. Die eigentliche Zwillingsfruchtbarkeit fällt in das 30-40. Lebensjahr. »

Setzen wir nun dazu den von Dr. Guillaume gefundenen Satz:

« ***Die Statistik hat für die Mehrgeburten, d. h. die Zwillings-, Drillingsgeburten u. s. w. nach mehreren Richtungen hin eine grosse Regelmässigkeit nachgewiesen.***

Dieser *Guillaume'sche Satz* verdient es wohl, in Zukunft in den Lehrbüchern der Geburtshülfe zu figuriren; des weitern wäre es vielleicht eine dankbare Aufgabe, ihn in Einklang mit dem *Gesetze der Erblichkeit* zu bringen.

Dr G. Hæmig, Zürich:

Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben.

Aus der Zürcher chirurgischen Klinik des Prof. Dr Krönlein.

(Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 23, pag. 929, 1901).

Neben den Fällen, in welchen eine interne Therapie nach den anatomischen Verhältnissen sich erfolglos zeigen muss, gibt es aber noch genug andere, bei denen eine causale Diagnose zunächst nicht möglich erscheint, und die, bei relativ ordentlichem Zustand, auch der Chirurg noch gern abwartend behandelt, und endlich solche, bei denen teils eine Diagnose gestellt werden muss, die für einen operativen Eingriff nur wenig Aussicht bietet, oder deren Zustand eine Laparotomie ausschliesst:

über einen Fall, bei dem die beiden letzten Momente ausschlaggebend waren, berichtet nun Hæmig eingehend:

27. III. 1901. Exstirpation einer carcinomatösen Niere durch Herrn Prof. Krönlein. Tumor war weit gegen den Ureter und die Nierengefässe vorgedrungen; wegen Schmerzen täglich Opium und Morphium.

2. IV. Noch kein Stuhl; Glycerinklysma erfolglos; Wassereinlauf ebenfalls ohne Erfolg. In der Folgezeit Collapszustände. Abdomen mächtig aufgetrieben. Laparotomie konnte bei dem obwaltenden Kräftezustand (34.5 Temp. und filiformer Puls) nicht in Frage kommen. Magenausspülung und andauernd Campher und Morphium. *Atropinmedication:* Abends 6 1/2 Uhr 0.003 Atropin. sulf. subcutan und zugleich Campheröl (nach einiger Zeit 37.1 Temp.).

5. IV. Die am Abend, nach der Atropininjection, aufgetretene, hochgradige Erregung, klingt gegen 2 Uhr Frühmorgens ab und Pat. schläft 2 Stunden. Injektion von 1.0 Campheröl und 0.015 Morph.; um 9 Uhr 1 Liter physiolog. Kochsalzlösung subcutan; gegen 12 Uhr gehen einige Flatus ab; abends 10 Uhr erfolgen auf Oelklystier mehrere diarrhoische Stühle. *Atropin-Hallucinationen.* Durstgefühl. *Heilung.*

Das die Ileussymptome bedingende Moment kann nicht festgestellt werden.

Peritornitis scheint ausgeschlossen; Hernien waren nicht nachzuweisen; gegen die Annahme einer obstruirenden Metastase spricht der Verlauf vollständig.

Es dürfte sich um einen dynamischen Ileus gehandelt haben!

Dr. G. Hæmig, Zürich:

Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der zwei Dezenien 1881—1891 *.

Aus der Züricher chirurgischen Klinik.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXXI, Heft 1, 1901.)

Aus den zahlreichen neuern Arbeiten geht hervor, dass die Ueberzeugung immer mehr Anhänger findet, dass die Perityphlitis eine chirurgische Affection sei; aus den, aus der chirurgischen und medizinischen Klinik mitgeteilten Zahlen ergibt sich, dass nicht nur auf Ersterer sondern auch auf Letzterer die Zahl der Perityphlitiskranken in stetem Steigen begriffen ist, und zugleich zeigt es sich, dass im Jahre 1899 zum ersten mal die Kranken der chirurgischen Klinik diejenigen

* Siehe unter: « *Mitteilungen aus aerztlichen Gesellschaften* »: Gesellschaft der Aerzte in Zürich. Zum Teil vorgetragen in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich am 8. Dezember 1900.



der medizinischen an Zahl übertreffen. — Die Grosszahl der Erkrankungen fällt, wie andere Autoren ebenfalls konstatierten, ins zweite und dritte Lebensdezenium (gegen 65 %); auch die bekannte Erfahrung über die Beteiligung der Geschlechter findet man bei dem Material der Zürcher-Klinik bestätigt, indem 70 % Männern nur 30 % Weiber gegenüber stehen. (Zürcher. med. Klinik 67 % : 33 %). Bei der Frage nach der Ursache der Wurmfortsatzentzündung haben seit Alters die Kotsteine eine grosse Rolle gespielt. Unter 112 Resektionen im freien Interwall finden wir 21 mal einen Kotstein erwähnt; von 22 operierten und zur Sektion gekommenen Fällen von diffuser Peritonitis nach Perityphlitis zeigten 10 einen solchen. Hæmig ist der Ansicht, dass ein solches Gebilde ein gefährliches Objekt für seinen Träger ist. In selteneren Fällen ist auch die Wandung des Cæcums in schwerem Masse in Mitleidenschaft gezogen: starre, entzündliche Infiltration, umschriebene Nekrosen oder völlig ausgebildete Perforationen. (2 Cœcalwandperforationen); sonstige Perforationen perityphlitischer Abscesse in den Darm oder andere Organe wurden nur wenige beobachtet; ebensowenig zahlreich sind die Beobachtungen von Fisteln, die nach operativen Eingriffen zurückblieben; andere, im Ganzen wenig zahlreiche Fälle, bei denen sich nach der Abscesseröffnung mit dem Eiter-Stuhl in geringerer Menge entleerte, heilten in kurzer Zeit unter der gewöhnlichen Wundbehandlung, so dass *alle Patienten der Krönlein'schen Klinik mit solider Narbe aus der Behandlung entlassen werden konnten.*

Complicationen der Perityphlitis: mehrmals durch Probepunktion festgestellte pleurale Ergüsse; einige mal Thrombose des rechten, ein mal auch des linken Beines; zweimal multiple Leberabscesse.

Eine interessante *Combination* zeigt ein Fall, der wegen allgemeiner Peritonitis operiert, sowohl Geschwüre im Appendix, wie auch im Magen zeigte.

Von 129 im akuten Stadium aufgenommenen Kranken litten 87 angeblich zum ersten mal an der Krankheit; von den 34 « geheilten » nicht operativ behandelten Patienten kamen zwei mit Recidiven wieder auf die Klinik; von 46, nur mit Eröffnung des Abscesses und ohne Abtragung der Appendix behandelten Kranken wurden fünf wieder mit akutem Anfall eingebracht.

An der *Krönlein'schen* Klinik haben sich im Laufe der Jahre folgende Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis herangebildet:

a) Im akuten perityphlitischen Anfall ist *sofort* zu operieren, wenn

Grund zu der Annahme vorhanden ist, dass eine allgemeine Peritonitis droht oder schon vorhanden ist.

b) Im akuten perityphlitischen Anfall ist *nach Verfluss der ersten paar Tage* zu operieren, wenn

1. die schweren Anfangssymptome (Erbrechen, hoher Puls und Fieber, schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens) nicht nach 3-5 Tagen zurückgehen;

2. wenn beunruhigende Erscheinungen (Pulszunahme, Erbrechen, Collaps) sich einstellen oder mehren;

3. wenn die Existenz eines Abscesses durch die Untersuchung sicher festgestellt werden kann.

Hæmig bespricht des Weitern: die Feststellung der angeführten Indicationen, die Lokalisation der perityphlitischen Abscesse, die Probepunktion (die verworfen wird), die neuesten Operationsmethoden, die Operations- und Sektionsbefunde etc.

Am 14. Februar 1884 hat Prof. Krönlein * *zum ersten mal die perforierte Appendix in zielbewusstem Vorgehen aufgesucht und exstirpiert; es hat dieser Fall daher ein gewisses historisches Interesse.* Ungefähr zur gleichen Zeit machte Mikulicz ** den Vorschlag den Processus vermiformis zu entfernen.

Die bakteriologische Untersuchung des perityphlitischen Eiters, die in den letzten Jahren regelmässig von Assistenzarzt Dr. Michalski ausgeführt worden war, wies meist Coli-Bacillen nach, häufig Staphylo- und Streptrokokken etc. etc.

Eine interessante Gruppe von 9 Beobachtungen, umfasst Fälle von « *Perityphlitis im Bruchsack.* » *Die Resektion des Proc. vermiformis im freien Interwall oder im chronischen Stadium* der Krankheit, von England aus auf den Kontinent eingeführt, kam zuerst nur in vereinzelten Fällen zur Ausführung, hat sich dann aber rasch das Vertrauen der Aerzte erworben.

Bezüglich der *Differentialdiagnose* ist kurz folgendes zu bemerken: 3 Patientinnen, die mit diffuser, eitriger Peritonitis gebracht und sofort operiert wurden, zeigten geplatzte *Pyosalpingitiden,* des weiteren handelte es sich einmal um geplatzte *Tubargravidität,* zeimal um *perforiertes*

* Krönlein: Ueber die operative Behandlung der akuten, diffusen, jauchig-eitrigen Peritonitis v. Langenbeck's Archiv, Bd. 33, H. 2.

** J. Mikulicz: Ueber Laparotomie bei Magen- und Darmperforation. Sammlung klin. Vorträge von Volkmann, Nr. 262, 1885.



Ulcus im Duodenum, ein mal um *diffuse Vereiterung des Pankreas,* zwei mal um *zerfallendes Carcinom des Cœcum,* ein mal um event. *Aktinomykose,* ein mal um disseminierte knötchenförmige Veränderungen der gesammten Serosa mit grösserem *serös-fibrinösem Exsudat in der Cœcalgegend,* ein mal um einen *grossen cystischen Pseudotumor,* herstammend vom *tuberkulös entarteten rechten Ovarium* und endlich drei mal um mehr oder minder hochgradige *Veränderungen tuberkulöser Natur.*

Dr. A. Huber, Zürich*:

Ueber Irrwege bei der Diagnose der Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 15, pag. 473, und Nr. 16, pag. 513. 1901.)

Die beiden massgebenden Symptome der *Appendicitis simplex* : in der Ileocœcalgrube lokalisierter Schmerz und Tastbarkeit des geschwollenen Wurmfortsatzes, fehlen nicht selten; da kommt der Arzt oft genug in Verlegenheit bei Beantwortung der Frage : *ist das trotzdem eine Appendicitis?* Sicher ist, dass sich manchmal solche Schwierigkeiten in der Deutung der Erscheinungen erheben, dass eine sichere Entscheidung oft lange auf sich warten lässt.

Fall 1. Eine Appendicitis täuscht Gallensteine vor. Die anamnestischen Angaben waren unsicher, dazu bestand Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend nach kurz überstandenem Anfall. Vielleicht hätte das jeweilen *nach* dem Schmerzanfall konstatierte Fieber eher für den Wurmfortsatz gesprochen. Auffällig bleibt in jedem Falle die stets wiederkehrende Lokalisation des Krampfschmerzes im Epigastrium.

Fall 2. Eine Appendicitis täuscht wiederum Gallensteine vor. Pat. macht acht Anfälle durch, um überhaupt nur zu erfahren, dass der Apppendix der Sünder sei; dass die Diagnose so spät (von Huber und andern consultierten Aerzten) gestellt wurde, lag daran, dass bis zum letzten Anfalle es sich stets um eine reine Colica appendicularis mit sehr geringen oder gar keinen Reizerscheinungen des Peritoneums gehandelt hatte. Sodann war ebenfalls die stete Lokalisation des Krampfschmerzes im Epigastrium irreführend. Auch hier war keine Verlagerung des Appendix nach oben vorhanden.

* Nach einem Vortrag in der « Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich. » Siehe dort die Diskussion.

Fall 3. Eine Cholelithiasis täuscht Appendicitis vor. Diese Beobachtung zeigt, dass es Fälle gibt, bei denen es unmöglich ist, eine sichere Differentialdiagnose zwischen Cholelithiasis und Appendicitis simplex zu stellen.

Fall 4. Ein Uterus-Myom täuscht Appendicitis vor. SONNENBURG sagt bezüglich der Myome: « Auch bei Myomen können gelegentlich differential diagnostische Schwierigkeiten entstehen, wenn peritonitische Erscheinungen auftreten und es zweifelhaft ist, ob dieselben durch Appendicitis oder durch eine die Myome so oft begleitende Tubenerkrankung bedingt sind. » Nach dem gänzlichen Verschwinden der Beschwerden post operationem (im vorliegenden Falle) und dem negativen Appendixbefund bei der Operation, wird man annehmen müssen, dass in der That das Myom der Sünder war.

Fall 5 und 6. Besteht hier eine Appendicitis? Es handelt sich um zwei Kinder, mit peritonealen Reizerscheinungen (Erbrechen, Fieber, Collaps), Es ist nicht zu vergessen, dass die Diagnose der *Appendicitis simplex* bezw. der reinen *Colica appendicularis* eine Errungenschaft der Neuzeit ist.

Fall 7. Eine Appendicitis larvata. Will man den Namen Ap. larvata beibehalten, so müsste viel richtiger jede Appendicitis als solche bezeichnet werden, so lange sie im larvierten oder latenten Stadium sich befindet, so lange sie trotz genauer Anamnese und trotz genauen objektiven Befundes nicht diagnotizierbar ist. Wird sie erkennbar, so ist sie eben nicht mehr larvata. Bei dieser Auffassung stellt dann allerdings die *A. larvata nicht mehr eine so seltene Krankheit dar,* wie EWALD behauptet, sondern ein ziemlich oft vorkommendes Stadium bei dieser eminent chronischen Krankheit, bei der, wie SONNENBURG hervorhebt, « trotz hochgradiger pathologischer Veränderungen die Erkrankung des Wurmfortsatzes erst in einem späteren Stadium, durch einen stürmischen, charakteristischen Anfall sich klinisch kund thun kann. » In diesem Sinne hat HUBER diese Beobachtung A. larvata genannt. Diese Bezeichnung würde aber besser gänzlich fallen gelassen.

Fall 8. Eine verkannte Appendicitis perforativa. Auffällig ist, wie wenig Erscheinungen die A. perforativa in den ersten Tagen ihres Bestehens machte; aber auch der *objektive* Befund des Abdomens war so gering und durch die nachweisbare Pleuritis so übertönt, dass HUBER die zugleich bestehende A. übersah. Auf die Häufigkeit der Pleuritis bei Perityphlitis hat speziell GERHARDT aufmerksam gemacht.

Fall 9. Ein perirektaler perityphlitischer Abscess. Auffällig war die Lokalisation des initialen Schmerzes in der Magengegend. Der hochgradige Meteorismus, das Fehlen von Flatus und das 10tägige Ausbleiben von Stuhl, musste auf eine verlegte Darmpassage schliessen lassen. Für bemerkenswert hält HUBER den Abgang von blutigem Schleim zwei Tage vor Durchbruch des Eiters in's Rectum, eine Erscheinung, über die neulich Dr. LÜNING in der « Gesellschaft der Aerzte » berichtete.

Fall 10. Eine perforative Appendicitis täuscht ein ulcus ventriculi perforatum vor. In der vorliegenden Beobachtung lag die Diagnose auf Magengeschwür näher, als auf Appendicitis. MAX HAFFTER* beschrieb aus dem Kantonsspital in Münsterlingen (Chefarzt C. BRUNNER) einen ähnlichen Fall: Klinische Diagnose: Chlorose, ulcus ventriculi, Perforationsperitonitis. Laparotomie. Sektionsbefund: Appendicitis perforativa. HAFFTER sagt in seiner Epikrise: « Nie wurde der Schmerz nur oder vorzüglich in der Ileocœcalgegend angegeben, und so oft Patientin untersucht wurde, war typische Druckempfindlichkeit der Pylorusgegend vorhanden. War nun der diagnostische Irrtum beim Auftreten der Perforativperitonitis nicht verzeihlich, begreiflich, ich möchte sagen, folgerichtig? »

Die beiden Beobachtungen (von HUBER und HAFFTER) lehren immer wieder von Neuem *wie merkwürdig oft der appendicitische Schmerz* im Epigastrium « als Magenkrampf empfunden wird. »

Prof. G. JULLIARD, Genf:

Anæsthesie vermittelst Cocain.**

(Revue médicale de la Suisse romande. Nr. 4, 1901.)

JULLIARD hat vier Mal die Medullarnarkose vermittelst Cocain ausgeführt: wegen 1) Rectum-Extirpation; 2) Inguinal-Hernie; 3) Hydrocele und 4) Fraktur des Rachius.

Zweimal trat keine Analgesie ein, zweimal war selbe vollkommen.

* M. HAFFTER: Zur Pathologie und Therapie der Appendicitis; siehe Gynæcologia Helvetica. Erster Jahrgang, pag. 77.
Siehe *Discussion* unter: « *Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.* » Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich.

** Siehe Gynæcologia Helvetica I, pag. 39. Dr. KREIS: « Ueber Medullarnarkose bei Gebärenden. »

Eine gewisse Operations-Analgesie war JULLIARD übrigens schon längst bekannt: einmal führte er selbe durch Chloroform und Morphium, 17 Mal durch Ether und Morphium herbei. (Methode von CLAUDE BERNARD und NUSSBAUM.)

Diese Analgesie-Methode (Morphium subcutan und nur wenige Tropfen von Chloroform oder Ether zur Inhalation) ist derjenigen vermittelst Cocain überlegen, weil sie kein Unwohlsein herbeiführt und auf alle Teile des Körpers sich erstreckt; sie hat aber den grossen Nachteil, dass sie nur selten eintritt.

JULLIARD hält am Aether fest; er hat in seiner Klinik 9000 Aetherisationen vorgenommen, ohne je einen Unfall zu erleiden.

Die Medullarnarkose wird, als integrierender Bestandteil, den modernen Verfahren zur Erreichung der Analgesie einzuverleiben sein, sie wird aber nur in Ausnahmefällen angewendet werden dürfen.

Dr Hermann KELLER, Rheinfelden:

Die Ernährungsvorgänge im Puerperium.

La nutrition dans l'état puerpéral.
Travail de la clinique du professeur R. PINARD, Paris.
(G. Steinheil, éditeur, Paris, 1901.)

Es handelt sich um eine 53 Seiten starke, sehr wissenschaftlich gehaltene Arbeit, die unser bestens bekannter « Balneo-Gynækologe » Dr KELLER in der PINARD'schen Klinik in Paris ausgeführt hat; schon im Jahre 1897 hat derselbe Autor über die « *Ernährung während der Menstruation* » publiziert. (Hôpital de la Pitié, Paris.)

Die Untersuchungen wurden während der Winter 1898, 1899 und 1900 in der BAUDELOCQUE'schen Klinik an 14 Frauen vorgenommen; die Fälle werden detailliert wiedergegeben; 3 Tafeln mit Kurven in 4 verschiedenen Farben (Stickstoff-Cœfficient, Totaler Stickstoff des Harnstoffes, Volumen des Harns) erleichtern wesentlich das Verständnis; die gefundenen Zahlen sind auf 19 Tabellen übersichtlich geordnet.

KELLER kommt am Schlusse seiner äusserst fleissigen und gewissenhaften Untersuchungen zu folgenden Lehrsätzen:

1. Das Puerperium ist durch eine Verlangsamung der Ernährungsvorgänge charakterisiert.

2. Die periodische und rhytmische Wellenbewegung, die die physiologischen Funktionen des weiblichen Körpers beherrscht und welcher auch die Ernährungsvorgänge im nicht schwangeren Zustande untergeordnet sind, diese Wellenbewegung persistiert auch während der Gravidität.

3. Die Geburtsperiode (Tag der Geburt und die 4 dieser vorhergehenden Tage) entspricht der Menstruation (im nicht schwangeren Zustande).

Diese Periode ist einerseits charakterisiert durch ein Maximum des Oxydations-Coefficienten (Stickstoff-Verhältnis) und andererseits durch eine bedeutende Verminderung des Volumens des Harnes, des totalen Sickstoffs und des Harnstoffs.

Der Tag der Geburt selbst ist durch extreme Differenzen markiert: Maximum des Stickstoff-Verhältnisses, Minimum der andern Elemente.

Der Total-Stickstoff und der Harnstoff erreichen ihr Maximum in der Vor-Geburtsperiode; diese entspricht der præmenstruellen Periode.

Die Geburt, wie auch die Menstruation, bezeichnet den Anfang der niedergehenden Welle, wenn man sich die periodische Aenderung der Ernährungsvorgänge unter der Form einer Kurve oder unter derjenigen einer Welle vergegenwärtigt.

4. Die Verlangsamung der Ernährungsprocesse und die Verminderung der Verbrennungsenergie, welche beide Vorgänge das Puerperium charakterisieren, beweisen, dass letzteres hauptsächlich die Leber in Mitleidenschaft zieht; die Funktion derselben wird sehr leicht ungenügend.

5. Die Verlangsamung der Ernährungs-Vorgänge ist ausgesprochener bei Mehrgebärenden, denn bei Erstgebärenden.

6. Die herabgesetzte Funktionsfähigkeit der Leber, sowie die Verlangsamung der Ernährungsprocesse, disponieren während und nach der Gravidität nicht nur zur Fettsucht und anderen Unzukömmlichkeiten, sondern machen die Schwangere weniger resistent gegen schädliche Einflüsse.

Ist erst einmal die Leber in ihrer Funktion geschwächt, so fangen auch bald andere Organe an, darunter zu leiden, so die Niere.

Es resultieren daraus funktionelle Störungen, ja selbst histologische Organveränderungen.

7. Man muss deshalb vermittelst der Harnanalyse (sehr exakte Dosierung des Harnstoffs, des Total-Stickstoffs und der anderen Körper,

sowie Bestimmung des Stickstoffverhältnisses), die Leber überwachen und deren normale Funktion begünstigen.

8. Ruhe, Milchdiät, Mineralwasser und Kräuterthee's erleichtern die Elimination toxischer Stoffe und erschweren die Bildung dieser letzteren.

9. Die Resultate dieser Untersuchungen, sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen bringen eine neue Stütze für die von PINARD vertretene Theorie der

Schwangerschaft-Hepatotoxæmie!

Prof. Dr KRÖNLEIN, Zürich*:

Ueber die Resultate der Operation des Mastdarm-Carcinoms.

(Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 61, Heft 2.)

Eine historische Einleitung zeigt auf's Deutlichste, dass bei der noch herrschenden Discrepanz in der Beurteilung des Wertes der Mastdarmextirpation bei Carcinom, der Versuch gerechtfertigt ist, auf *breiterer* und *sicherer* Basis, als es bisher geschah, ein Urteil sich zu bilden über die wichtigsten Fragen, welche sich an die Extirpation des Mastdarmcarcinoms knüpfen. — Das ganze Beobachtungsmaterial, auf dem KRÖNLEIN seine äusserst gewissenhafte und detaillierte Statistik aufbaut, entstammt 10 deutschen Kliniken; dazu fügt er seine eigene 18jährige klinische Erfahrung.

Von fundamentaler Bedeutung, in praktischer Beziehung, ist die Beantwortung folgender drei Fragen:

1. *Welches sind die unmittelbaren Resultate der Operation?* (Mortalitätsfrage.)

2. *Welches sind die Dauerresultate nach der Operation?* (Recidivfrage.)

3. *Welche funktionellen Störungen bedingt die Operation?* (Continenzfrage.)

ad. 1) Nach dem Ergebnis der Statistik ist man genötigt, zu gestehen, dass die Extirpation des Mastdarmcarcinoms selbst bis in die neueste Zeit hinein zu den ernsten Operationen zu rechnen ist; nicht ganz $^1/_5$ der Operierten erliegt dem Eingriffe. KRÖNLEIN kommt eingehend auf die

* Siehe Gynæcologia Helvetica. Erster Jahrgang, pag. 93: Dr. ZIMMERMANN: *Ueber Operation und Erfolge der Dickdarm-Resektion wegen Carcinom.*

Todesursachen zu sprechen und drückt sich dann folgendermassen aus: « Ich glaube, unser Bestreben muss dahin gerichtet sein, *die postoperative Wundinfektion noch mehr, als bisher, zu verhüten, die Blutstillung während der Operation sicher und prompt zu bewirken und endlich die Gefahren der Narkose bei diesen eingreifenden, oft lange dauernden Operationen, einzuschränken.* — Meine eigene Erfahrung und das eingehende Studium der hier verwerteten Beobachtungen, niedergelegt in hunderten von Krankengeschichten, bringen mich dazu, die Erfüllung der drei Postulate am ehesten zu erwarten:

1. Von der gewissenhaftesten Vorbereitung des Kranken zur Operation, dahin zielend, dass der Darm während der ganzen Operation als völlig leer sich erweist und kein Inhalt das Wundterrain irgendwie beschmutzt.

2. Von einem trockenen, aseptischen Operieren, ohne Anwendung irgend welcher Spülflüssigkeiten.

3. Von der sorgfältigsten direkten Blutstillung durch Ligatur und Naht, wobei sterile Seide einzig verwendet werden sollte.

4. Von einem trockenen, aseptischen, nur mit Reserve durch Jodoformgaze ergänzten Dauerverband, der nach der Operation womöglich 5-8 Tage unverändert liegen bleiben kann, ohne den Darm zu occludieren (Darm-Verweilrohr).

5. Von der Anwendung der Aethernarkose bei möglichst geringem Consum von Aether.

Für die unmittelbaren Erfolge des Chirurgen bei der Exstirpation des Mastdarmkrebses sind weiterhin zwei andere Momente von grösster Bedeutung; das ist einmal die *Indikationsstellung* und dann die *Operationstechnik.*

Die deutschen Chirurgen haben weitgehendere *Indikationen* gezogen, als die französischen und englischen; man kann heutzutage sagen, nicht sowohl der Sitz und die Ausdehnung des Rectum-Carcinoms in axialer Richtung, als vielmehr seine Propagation in excentrischer Richtung führt gegenwärtig zu Meinungsverschiedenheiten unter den Chirurgen, wenn sie die Indikationen der Exstirpation des Carcinoma recti bestimmen wollen. Krönlein ist geneigt den englischen und französischen Kollegen eine Concesssion zu machen, insofern, als die Erfolge weitgehender Operationen (Mikulicz, Gussenbauer) im umgekehrten Verhältnisse stehen zu ihrer Gefahr und weder den Kranken noch den Operateur zu befriedigen pflegen. — Was die *Operationstechnik* anbetrifft, so

sind an die Stelle der früheren ziemlich uniformen Operationen zahlreiche Methoden und Modifikationen getreten, auf die näher kritisch eingegangen wird:

1. Die Methoden der Exstirpation des Mastdarmcarcinoms ohne Voroperation oder die *perinealen* Methoden. (LISFRANC, DIEFFENBACH, SIMON und VOLKMANN.)

2. Die Methoden mit Voroperation oder die *dorsalen* Methoden. (CHARLES DENONVILLIERS, VERNEUIL, KRASKE.)

Ad. 2) *Welches sind die Dauerresultate nach der Operation des Mastdarmcarcinoms?*

Aus Beobachtungen am Sectionstische (AXEL IVERSEN) dürfen wir wohl die Lehre deducieren, dass das Carcinoma recti im allgemeinen den Krebsen zuzurechnen ist, welche eine geraume Zeit den Charakter eines Lokalleidens bewahren und in einem gewissen Stadium ihrer Entwicklung einer Heilung durch lokale Therapie sehr wohl zugänglich sind. Wie stellen sich dazu die praktischen Erfahrungen der Operateure? Von 640 Mastdarm-Carcinom-Operierten haben 95 das « *kritische Triennium* » (damit bezeichnet KRÖNLEIN, dass der Operierte ;von dem Zeitpunkte der Operation an, mindestens drei volle Jahre frei von Carcinom, ohne Recidiv und ohne Metastase, gelebt hat;) glücklich durchlebt, d. h. also 14,8 %. *Darnach hat also von je sieben der Operierten mindestens einer Anwartschaft auf eine Dauerheilung.*

Die 14,8 sind die Minimalzahl der dauernd Geheilten.

Von den Mastdarmcarcinom-Operierten erliegen dem

operativen Eingriff	19,4 %
werden dauernd geheilt	14,8 %
Zusammen . . .	34,2 %
Somit bleiben übrig . . .	65,8 % d. h.

1. Alle diejenigen Operierten, welche vor Ablauf des Trienniums an Carcinomrecidiv erkranken, resp. sterben.

2. Alle diejenigen Operierten, welche — *ohne Recidiv* — vor Ablauf des Trienniums, an einer intercurrenten Krankheit zu Grunde gehen.

3. Alle diejenigen Operierten endlich, welche *ohne Recidiv*, im Zeitpunkt der erhobenen Nachuntersuchung zwar leben, aber die zum Anspruch an eine Dauerheilung verlangten drei Jahre *(Quarantaine: Krönlein)* noch nicht vollständig absolviert haben.

Ad. 3) *Welche funktionellen Störungen bedingt die Operation?* Die Ansichten der Chirurgen weichen in dieser Frage weit von einander ab. Wer z. B. in der Hoffnung, die Dauererfolge zu mehren, rücksichtslos auch den gesunden Sphincter und Anus opfert, und — wie das geschehen ist — die totale Amputatio recti zum Prinzip erhebt, wird sicher schlechtere funktionelle Resultate erzielen, als derjenige, der mehr den Forderungen der konservierenden Chirurgie Rechnung trägt. Krönlein huldigt auch bei der Exstirpation des Mastdarmcarcinoms den Grundsätzen der plastischen Chirurgie, soweit sie eben nach Lage der Dinge anwendbar sind.

Die Nachuntersuchung von 39 Mastdarmoperierten ergab als Resultat:

Absolute Continenz	in 30 p. C. der Fälle.
Relative »	in 60 p. C. der Fälle.
Incontinenz	in 10 p. C. der Fälle.

Krönlein stellt zum Schluss seiner äusserst interessanten und lesenswerten Arbeit folgende Sätze auf:

1. *Die souveräne Methode der Behandlung des Mastdarmcarcinoms ist die Exstirpation.*

2. *Die Mastdarmcarcinom-Exstirpation führt in ca. 4/5 der Fälle zunächst zur Heilung.*

3. *Eine Dauerheilung wird durch die Operation in mindestens 1/7 der Fälle erzielt.*

4. *Die funktionellen Resultate sind dann am besten, wenn es gelingt, den Darm an der legalen Stelle ausmünden zu lassen und Sphincter und Anus zu erhalten.*

5. *Eine totale Ausrottung des ganzen Rectum in jedem Falle, verschlechtert die funktionellen Resultate, ohne die Zahl der Dauererfolge zu vermehren.*

6. *Perineale und dorsale Methoden der Mastdarmexstirpation sind eklektisch zu verwenden; sie sollen sich gegenseitig ergänzen, nicht ausschliessen.*

7. *Die sacrale Methode sollte speziell für die hochsitzenden, hoch hinaufreichenden Carcinome reserviert werden.*

8. *Auch bei der Mastdarmcarcinom-Exstirpation sollen die Grundsätze der plastischen Chirurgie (Verwendung der Naht, Verschiebungen und*

Verziehungen der Schleimhaut) so weit wie möglich zur Anwendung gelangen.

Anmerk. des Ref.: Es wird hier nachträglich noch auf die 168 Seiten starke Dissertation von L. MACHARD aus der JUILLARD'schen Klinik aufmerksam gemacht: *Exstirpation du cæcum. Contribution à l'étude du traitement opératoire des affections du cæcum.* (Imprimerie Kündig & fils. Genève, 1899.) sowie auf die Publication von R. STIERLIN aus der KRÖNLEIN'schen Klinik: Ueber die operative Behandlung des Rectumcarcinoms und deren Erfolge. (Beiträge zur klin. Chirurgie, V, 3.)

Dr P. KWOROSTANSKY, Zürich:

Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich.
(Archiv für Gynækologie, 62. Band, Heft 1, pag. 69).

Drei in der Frauenklinik Zürich beobachtete Fälle von benigner Blasenmole im Anfangsstadium und zwei Fälle von malignem Syncytiom verdienen allgemeine Beachtung wegen ihres diametral entgegengesetzten klinischen Verlaufes und der Identität des patholog.-anatomischen Bildes.

1. Fall. Blasenmole. Frau E. N., 24 Jahre. V para.; 18. 2. 1899 erste leichte Blutung per vaginam, die am 24. 2. stärker geworden ist. Fundus uteri reicht bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse; am 24. 2. Abends trat stärkere Blutung ein; am 28. 2. Abends stärkere Blutung und Wehen. Spontan ausgestossene Fetzen sind sago- oder froschlaichartig, pfefferkorn- bis bohnengross, wasserklar. Blasenmole. Ausräumung des Uterus mit dem Finger.

3 Wochen nach der Uterusausräumung wieder Blutungen; es gingen Gewebsfetzen ab, die aber keine jener Blasenmolekügelchen zeigten. Nachher beständiger, starker, schleimig-eitriger, etwas übelriechender Ausfluss; am 20. 4. neue Blutung, auffallend profus; Abgang von Fetzen, wie oben; Ausschabung.

Kworostansky resumirt die sehr einlässliche mikroskopische Untersuchung des vorliegenden Falles folgendermassen:

« *Wir finden bei der Blasenmole aus dem zweiten Monat als Pathologisches: ungewöhnlich starke Entwicklung des chorialen Epithels (Langhans'sche Schicht, wie des Syncytiums), Bildung grosser plasmoidaler Massen inmitten Langhans'scher Zellsäulen, starke Schleimansammlung an der Stelle des Chorionstroma, Auftreibung der Zotten zu mittleren*

und grossen Blasen bei starker Proliferation des Epithels und Zurückbleiben der Entwicklung des Bindegewebes. »

Klinisch verlief dieser Fall seit einem Jahre gutartig. Die zwei Monate nach Ausstossung der Blasenmole vorgenommene Ausschabung des Uterus lieferte kleine Fetzen der Mucosa, die sich mikroskopisch meist als restituirte Schleimhaut mit normalen Drüsen erwiesen, einige Fetzen dagegen zeigten hochcylindrisches, blasig aufgetriebenes, verschleimtes Drüsenepithel im hæmorrhagischen Stroma, es waren die Reste einer früher vorhandenen Endometritis glandularis.

2. *Fall. Syncytioma malignum.* Frau E. F., 27 Jahre; II para.; seit 15. 7. bis 7. 8. 1899 fühlte sich Pat. unwohl; sie verlor beständig etwas Blut; am 4. 8. traten wehenartige Schmerzen und stärkere Blutungen ein.

Muttermund für einen Finger durchgängig; aus demselben ragt ein zapfenförmiger, weicher Körper. Uterus faustgross. *Diagnose:* Abortus incompletus. M. III. Manuelle und instrumentelle Ausräumung.

Seit 3. 10 verliert Pat. beständig etwas Blut; seit 14. 10. besteht stärkerer Blutabgang. Am 17. 10. 1899 Wiederaufnahme in die Frauenklinik. 39. 3. 108; im Cervicalkanal ist eine weiche, polypenförmige Masse zu fühlen. Uterus gut faustgross. In Chloroform-Narkose wird in den Uterus eingegangen, von der vorderen Wand eine breit aufsitzende, kleinapfelgrosse, mittelharte Resistenz losgelöst etc.

Die entfernten Massen erweisen sich unter dem Mikroskope als Syncytioma malignum.

Pat. starb am 8. November 1899 unter den Erscheinungen der Pyæmie, bevor an eine Radikal-Operation geschritten werden konnte.

Makroskopische Beschreibung des bei der Sektion gewonnenen Uterus: « Die Neubildungsknoten gehören dem Corpus uteri an (Fig. 3); sie schienen an ihrer unteren Seite, soweit das Auge reichen konnte, noch gut von einer Schleimhaut, als Fortsetzung der Cervixschleimhaut, überzogen zu sein. Die Knoten waren dunkelrot, teils hart, teils porös, schwammig, mehr aus geronnenem Blute bestehend.

Die Uteruswand war überall noch dick, normal, nur links an einem kleinapfel grossen Hügel, dessen Serosa rotfleckig schimmerte, war die Muskulatur sehr dünn, fast in die Neubildung übergehend. Später wurden die Schnitte dieses Hügels *a*, vom Hügel *b* mit Schleimhaut, von der Wand bei *c* mit Muskulatur und Stückchen der Ausräumung angefertigt. Cervix und Portio sind normal geblieben. Das Cavum uteri ist durch vorspringende Tumoren sehr verschmälert. Adnexe normal, in der Scheide ein erbsengrosses, dunkelgefärbtes Metastasenknötchen.

Folgt eine sehr gewissenhafte mikroskopische Untersuchung und Vergleichung der bei der Blasenmole gefundenen mikroskopischen Bilder mit denen beim Syncytiom.

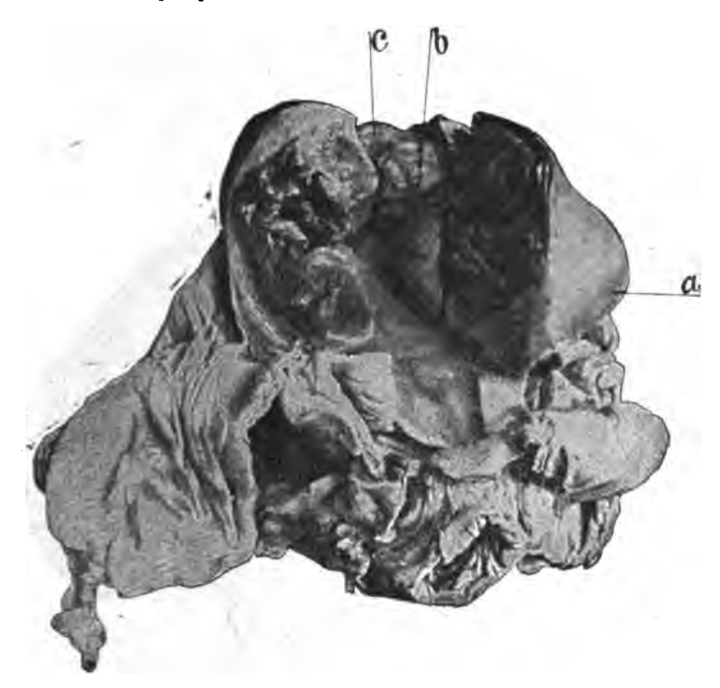


Fig. 3.

3. Fall. Syncytioma malignum. Frau M. D. 24 Jahre. 2 Geburten; 1 Abortus im 6. Monat; seither Menorrhagien; von März-Mai 1900 poliklinische Behandlung wegen Endometritis cervicis; fast beständig verlor sie zu dieser Zeit etwas Blut; seit Mitte Mai 1900 wieder eine heftige Blutung. Curettement zu Hause. Blutung stand; am 16. Juni wieder Blutung; am 20. 6. Aufnahme in die Frauenklinik. Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus leicht vergrössert. *Diagnose:* Abortus incipiens. Manuelle Ausräumung des Uterus; einige ziemlich dicke Fetzen sehen makroskopisch wie Eihautreste aus. Die *mikroskopische Untersuchung* der Eihautreste ergibt: *Syncytioma malignum.* 2. 7. vaginale Totalexstirpation.

Makroskopische Beschreibung des nach vag. Exstirpation gewonnenen Uterus.

Länge = 9 cm. Dicke am Corpus uteri = 7 cm. Beim Aufschneiden des Uterus von vorne, sah man das Cavum uteri von einem über wallnussgrossen, hæmorrhagisch aussehenden Tumor ausgefüllt. Dieser sass fest breitbasig an der vorderen und rechten seitlichen Uteruswand

und ragte frei in's Cavum uteri gegen die hintere Uteruswand, wo er in zwei Hälften geteilt zu sein schien (Fig. 4). Er war von glatter Oberfläche und wurde von der Corpusschleimhaut überzogen, die an der untern Tumorfläche sehr dünn und an der Stelle bei *a* vom Tumor durchbrochen war oder vielleicht bei der manuellen Ausräumung des Uterus abgekratzt wurde.

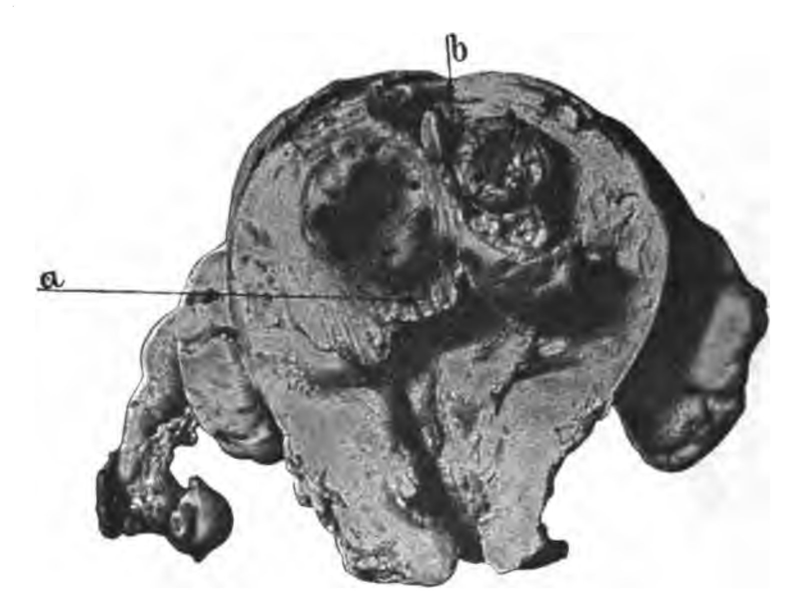


Fig. 4.

Die *mikroskopische Untersuchung* unter Herr Prof. ERNST ausgeführt, ist eine sehr detaillierte; 23 mikroskopische Abbildungen sind beigegeben, so dass derjenige, der sich eingehender mit der äusserst interessanten Frage des Zusammenhanges der Blasenmole und des Syncytioma malignum befassen will, genügend Aufschluss erhält.

Professor Theodor LANGHANS, Bern :

Syncytium und Zellschicht. Placentarreste nach Aborten. Chorion epitheliome. Hydatidenmole.

Aus der Frauenklinik der Universität Bern.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Fünfter Band. Erstes Heft, pag. 1, 1901.)

I. *Syncytium und Zellschicht.* Die zur Zeit am lebhaftesten erörterte Frage aus der Anatomie der Placenta, betrifft die Entstehung und das gegenseitige Verhältnis von Syncytium- und Zellschicht. LANGHANS hat früher die Zellschicht vom Mesoderm (Bindesubstanz) abgeleitet; seitdem aber EBERHARD den Nachweis geliefert, dass die Zwischensubstanz, die zwischen den Zellen dieser Schichten sich findet, Fibrin ist, ist die Abkunft vom embryonalen Ektoderm (epitheliales Gewebe) offenkundig. Dagegen ist über die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung des Syncytiums noch keine Einigung erfolgt.

1. KASTSCHENKO hielt beide Schichten für fœtalen und epithelialen Ursprungs und nimmt an, dass das Syncytium das Primäre sei und aus ihm die Zellschicht sich herausdifferenziere.

2. HUBRECHT und DUVAL haben, gestützt auf die Untersuchungen der Entwicklung der tierischen Placenta, die entgegengesetzte Ansicht sehr zur Geltung gebracht, dass die Zellschicht das Erste sei und aus derselben das Syncytium hervorgehe.

3. Diesen beiden Hypothesen steht die dritte gegenüber, nach welcher nur die Zellschicht fœtales Ektoderm und das Syncytium umgewandeltes Uterinepithel, d. h. umgewandeltes Oberflächenepithel (nicht Drüsenepithel) des Uterus sei; auch diese Ansicht stützt sich auf die Verhältnisse der tierischen Placenta, wie sie nach den Untersuchungen von STRAHL sich darstellen.

LANGHANS bespricht nun die gegenseitigen Beziehungen dieser beiden Schichten auf Grund eigener Erfahrung an der menschlichen Placenta; er verlangt « *möglich frisches Material,** » als Konservierungsflüssig-

* *Anmerk. des Ref.:* Es wäre zu wünschen, dass die Herren Aerzte ihr oft reichliches, einschlagendes Material an diejenigen Forscher senden, die sich speziell mit pathologisch-anatomischen Studien der Placenta beschäftigen. LANGHANS räth vorheriges Waschen und mechanische Verletzungen des resp. Präparates zu unterlassen; namentlich möchte er den leicht erhältlichen Spiritus, bei Fehlen von Osmiumsäure, als das beste Konservirungsmittel empfehlen.

keiten kommen in Betracht Osmiumsäure, das HERMANN'sche Gemisch, Spiritus. Bezüglich der Feinheit der Schnitte ist von Wichtigkeit zu wissen, dass die Schnitte nicht über zehn μ dick sein sollen. Bei der Färbung macht LANGHANS namentlich die Eosingrundfärbung. Was schliesslich die *Krankheiten der Schwangeren* und deren Einwirkungen auf die einzelnen Gewebe der Placenta anlangt, so werden nun zwei eigene Beobachtungen mitgeteilt, von denen namentlich die erstere von fundamentaler Bedeutung zu sein scheint:

1. Bei einer 24 jährigen Frau, die zwei Tage nach einer schweren Verbrennung starb, fand sich ein gravider Uterus. Die mikroskopische Untersuchung ergab *Zerstörung der Zellsäulen* und *Loslösung der Zotten von der Serotina.*

2. Fünfmonatliche Schwangerschaft, wahrscheinlich Phosphorvergiftung. *Zahlreiche und ganz frische Nekrosen in der Serotina.*

Diese beiden Beobachtungen eröffnen nach der Auffassung LANGHANS's ein ganz neues Gebiet in der Pathologie der Placenta; es liegt hier sehr wahrscheinlich die Einwirkung gelöster, toxischer Substanzen vor und den besten Angriffspunkt für diese haben im ersten Falle wohl die Ektodermplatten auf der Serotina gebildet, die von Anfang an oft einen unvollständigen syncytialen Ueberzug haben; im Anschluss daran wurden die Zellsäulen selbst zerstört. Für die Ansicht, dass das Syncytium von der Zellschicht gebildet wird, findet LANGHANS in seinen Beobachtungen gar keinen Anhaltspunkt. Die Idee, dass das Scyncytium Oberflächen-Epithel der Mucosa sei, stützt sich wesentlich auf den Vergleich mit der tierischen Placenta. Die Untersuchungen von STRAHL bei der Katze, sind in den letzten Jahren vielfach bekämpft worden, trotzdem ist diese in Frage kommende Hypothese noch durchaus diskussionsfähig. MERTTENS hat gezeigt, dass an einem jungen menschlichen Ei ganz die gleiche « Umlagerungszone sich finde, welche STRAHL bei der Katze nachgewiesen hat; des weiteren hat derselbe Autor in seinem Ei Beweise dafür gefunden, dass das Scyncytium mütterliches Uterinepithel sei. LANGHANS präzisiert, um diese Diskussion abzuschliessen, seinen Standpunkt dahin, *dass die Entstehung des Syncytiums aus dem Uterinepithel für das menschliche Ei immer noch als eine diskussionsfähige Hypothese anzusehen sei, die so lange auftauchen werde, bis auch positiv nachgewiesen sei, in welcher Weise letzteres zu Grunde gehe.*

II. *Placentarreste nach Aborten.* Häufig bleibt der mütterliche Anteil der Serotina ganz zurück, die Trennung erfolgt innerhalb der obersten

ektodermalen Lage der Serotina und der Zellsäulen der Zotten, oder es geht auch die ganze obere kompakte Lage der Serotina sammt einem Teil der spongiösen Schicht mit ab, oder in andern Fällen bleiben einzelne Stücke der Serotina zurück. Die anatomischen Veränderungen, welche die Stücke erleiden, sind degenerativer Art und gehen bis zu vollständiger Nekrose; auch findet man Durchsetzung von multinukleären Leucocyten. Gewöhnlich sind solche Stückchen klein, dagegen giebt es auch solche Placentarreste, die mehr als « Tumor » imponieren und auf diese soll näher eingegangen werden. Sie schliessen sich an gewisse, schon normal vorkommende loca majoris resistentiæ an, nämlich an die Eintrittsstellen der Arterien in die Decidua. Die zahlreichen Durchschnitte eines Arterienknäuels liegen mit Vorliebe in Erhebungen der Serotina; die Arterienknäuel selbst liegen nach der Schilderung von *Nitabuch* im mütterlichen Gewebe; sie finden sich recht häufig in den kleinen Placentarresten, die nach dem Abort, wegen fortdauernder Blutungen, entfernt werden. Es folgt eine zusammenfassende Schilderung dieser restierenden Arterienknäuel mit dem ihnen anhaftenden decidualen Gewebe : Das Endothel ist meist vorhanden; manchmal finden sich unter demselben grosse, helle Ektodermzellen in ein- und mehrfacher Lage; sind kleinere oder grössere Teile von Decidua zurückgeblieben, so wiegen die oberen Lagen der Kompakta vor, also grosse Zellen von rundlicher oder etwas eckiger Form mit einer Zwischensubstanz (Fibrin). Zu diesen Resten von Serotina kommen noch in seltenen Fällen syncytiale Klumpen, mit den kleinen chromatinreichen Kernen; und ferner finden sich noch Zotten, in verschiedenen Graden der Nekrose, gelegentlich auch mit Verkalkungen. Proliferationserscheinungen sind an den decidualen Resten von LANGHANS nicht nachgewiesen worden, indes ist die Möglichkeit solcher von vornherein nicht unwahrscheinlich, denn es handelt sich ja nicht um reife Deciduen, am Ende der Gravidität.

III. *Chorionepitheliome.* MARCHAND hat in seiner epochemachenden Arbeit gezeigt, wie das grosse Rätsel des « malignen Deciduoms » von SÄNGER, GOTTSCHALK u. a. auf die einfachste Weise sich löst, wenn man sich auf den von LANGHANS gewonnenen Boden hinsichtlich der Zusammensetzung des sogenannten « Chorionepithels » stellt. In einem Falle aus der Berner Klinik vom Jahre 1890, konnte LANGHANS bereits abnorme Wucherung der Zellschicht und des Syncytiums nachweisen; das Besondere dieses Falles wurde damals sofort erkannt, bei der geringen Ausdehnung der Wucherungen aber auf eine sofortige Veröffentlichung ver-

zichtet. Weitere Fälle hat LANGHANS erst 1899/1900 beobachtet. Diese bilden die nächste Veranlassung der jetzigen Veröffentlichung. (4 detaillierte Fälle werden mitgeteilt.)

MARCHAND unterscheidet zwei Formen des malignen Chorionepithelioms: 1. eine typische, bei welcher der Charakter des Chorionepithels, wie es sich in der ersten Periode der Gravidität darstellt, wenig oder gar nicht verändert ist; 2. eine atypische: das Chorionepithel tritt auf in Form isolierter Zellen von kompakter, unregelmässiger Form, mit sehr stark färbbaren, oft riesigen Kernen; oder diese Elemente bilden vielkernige Klumpen oder grössere Syncytien. Die von LANGHANS beobachteten 4 Fälle gehören zur ersten Gruppe; die Anordnung der Zellschicht und des Syncytiums ist eine besondere, wie LANGHANS dies etwas mehr, als es von Seiten anderer Forscher geschehen, hervorheben möchte. Man muss eine periphere Zone der einzelnen Herde von ihren zentralen Partien unterscheiden; zudem wird auf die Aehnlichkeit der Architektur des periphersten Teils der vorliegenden Tumoren mit dem normalen Bau der oberen Serotinaschichten hingewiesen. *Die Cirkulationsverhältnisse* der in Frage stehenden Tumoren sind zur Zeit noch nicht klar gelegt; *in diesen rein epithelialen Neubildungen sind bis jetzt noch keine Endothel ausgekleideten wirklichen Blutgefässe beobachtet worden, weder in den syncytialen Massen, noch in den Zellschichtsäulen;* ein bindegewebiges gefässreiches Stroma, wie im Krebs, fehlt in den von LANGHANS beobachteten Fällen. Das Ernährungsmaterial scheint nur von der Peripherie aus zugeführt zu werden.

IV. *Hydatidenmole.* Im Jahre 1889 ist aus dem LANGHANS'schen Institute eine Dissertation von Eva CHALETZKY hervorgegangen, in welcher schon fast alle die Entdeckungen enthalten sind, die im Laufe des vorigen Jahrzehnts von ORTH, MARCHAND, E. FRÆNKEL, J. NEUMANN und andern mitgeteilt wurden. CHALETZKY hat drei guterhaltene Blasenmolen untersucht; des weitern hat LANGHANS seither noch fünf andere Fälle untersucht, ohne zu neuen Resultaten zu kommen. An Hand dieser Untersuchungen geht LANGHANS auf den ferneren Bau der Hydatidenmole näher ein; hier berichtigend. dort ergänzend und der Forschung neue Aufgaben zuweisend.

———

Dr. O. Lanz, Bern:

Die Indikationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 1, 1901, pag. 3.)

Verfasser stellt 24 operierte Fälle seiner Praxis zusammen; 24 kolorierte, sehr hübsche und instruktive Abbildungen sind beigegeben, die in pathologisch-anatomischer Beziehung Aufschluss verschaffen; es sind vertreten: ein Wurmfortsatz mit drohender Perforation ohne klinische Erscheinungen; zwei Wurmfortsätze (von zwei Schwestern) von abnormer Länge, einerseits mit Muskelschwäche, andererseits mit chronisch entzündeter, verdickter Wand; dann folgen Typen von Abknickung, Axendrehung und Strangulation, von beginnendem und abklingendem Anfall, von chronischer Entzündung, von Stricturen, von Kotsteinen, von intraappendiculärem Abscess im distalen Ende des Wurmes, von Empyem, von extraappendiculärem Abscess, von Mischformen, von narbiger Schrumpfung des ganz fibrös aussehenden Wurmfortsatzes, von derben, callösen Narben, von vollständiger narbiger Obliteration, von narbig fibrösen Veränderungen des ganzen Wurmfortsatzes und endlich von Gangraen der Appendix.

L. spricht sich betreffs der operativen Indikationsstellung zum Schlusse folgendermassen aus: «Die rationelle Therapie der Appendicitis wäre unbedingt die sofortige Entfernung des Wurmfortsatzes in den ersten Stunden der Erkrankung. Dies wird im allgemeinen ein frommer Wunsch bleiben. Jedenfalls aber ist jedem Perityphlitispatienten der Rat zu geben, seinen Wurmfortsatz im kalten Stadium entfernen zu lassen. Kann er sich dazu nicht entschliessen, so soll er sich bei einem nächsten Anfall auf den nächsten Zug setzen, um das Versäumte in den ersten Stunden der Erkrankung nachzuholen. Wird der Arzt, wie gewöhnlich, erst am zweiten oder dritten Tage der Erkrankung konsultiert, so sollte er stets eine Temperatur- und Pulstabelle anlegen, zum Zwecke genaueren Ueberblickes des Verlaufes; ist er selbst oder sind die Angehörigen dazu nicht in der Lage, so gehört der Patient in's Spital, falls der Transport gewagt werden darf. In den nun folgenden Tagen, bis zur Lokalisation des Processes, ist ein operativer Eingriff im allgemeinen durchaus abzulehnen; in diesem intermediären Stadium ist die Defensive weniger verantwortungsvoll, als die Offensive.

Ebenso bleibt im dritten Stadium der Etablierung eines Exsudates, die Therapie im allgemeinen eine symptomatische: man überlässt das Exsudat der Resorption und operiert nachher « à froid ».

Nimmt aber das Exsudat im weiteren Verlaufe zu, geht das Fieber nicht zurück, kommt es zu Frösten, sieht der Patient verfallen aus, oder tritt gar ein neues Aufflackern des Prozesses ein, so muss der Abscess eröffnet werden. Zu einer Radikaloperation kommt es dabei nur ausnahmsweise: jedenfalls darf die Appendix nicht in entzündetem, unsicherem Terrain gesucht werden. Auch zu einer Radikaloperation wenige Tage nach der Notoperation, wie dies Kocher vorgeschlagen hat, würde ich mich persönlich nie entschliessen, weil mir ein solches Vorgehen nicht ungefährlich erscheint.

Ebenso wenig würde ich daran denken, einen Wurmfortsatz wegzunehmen, so lange noch von einer Abscessincision her die geringste Unsicherheit der Asepsis durch die geringste noch granulierende Stelle gegeben ist.

Die glücklicherweise nicht sehr häufigen, zu rascher Septicæmie führenden Fälle bei akuter Gangraen der Appendix werden nach wie vor verloren sein, es werde denn im Initialstadium der Wurm entfernt. Auch diejenigen Fälle, in denen das Peritoneum überrumpelt wird, bieten dem Messer des Chirurgen wenig Chancen, der exspectativen Behandlung wohl aber noch weniger. »

« *Das erreichbare Ideal ist und bleibt die kalte Amputation des Wurmfortsatzes, die Operation nach abgelaufenem Anfall; dieselbe ist ein wahres Kleinod der modernen Chirurgie geworden.* »

Dr. O. Lanz, Bern:

Zur Technik der Amputation des Wurmfortsatzes.

(Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 21, 1901.)

Die Frage der *Stumpfbehandlung* bei der Appendicektomie ist eine sehr aktuelle. Lanz hat sich in früheren Jahren an die Kocher'sche Methode, die der Kummer'schen submucösen Darmresektion nachgebildet war, gehalten; aber dieses Verfahren ist einmal etwas zeitraubend und nicht immer leicht durchzuführen; dann glaubte Lanz in dem Chassaignac'schen Ecrasement eine ebenso sichere und einfachere Stumpfbe-

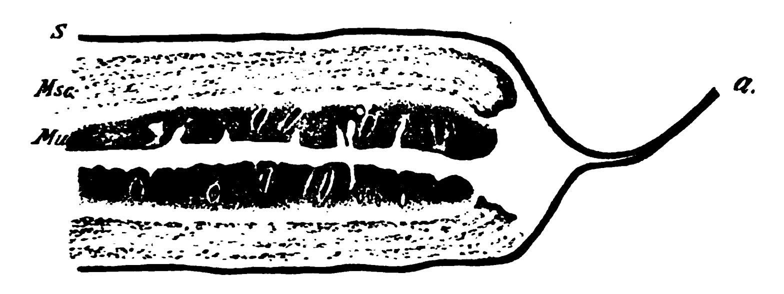


Fig. 5.

Fig. 5 (Fig. 1 der Original-Mitteilg.) stellt das centrale Ende eines amputierten Wurmfortsatzes vor. Bei *a* hat die Amputation stattgefunden, nachdem durch die Quetschmethode Muscularis und Mucosa durchgerissen, sich zurückgezogen haben, so dass die Quetschfurche allein aus der zusammengeschweissten Serosa besteht.

a = Amputationsstelle. *S* = Serosa. *Msc* = Muscularis. *Muc* = Mucosa.

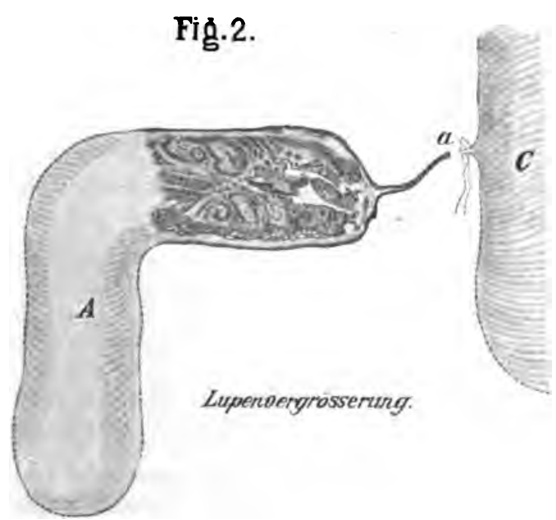


Fig. 6 (Fig. 2 der Original-Mitteilg.)

A = Appendix. *C* = Cæcum. *a* = Amputationsstelle.

handlung gefunden zu haben. Wie aus den beigegebenen Figuren 5 und 6 ersichtlich, kommt es durch die, an der Einmündungsstelle des Wurmfortsatzes angewandte « Angiothrypsie, » zu einem Durchreissen und Zurückkrempeln von Mucosa und Muscularis. Girard quetscht den Processus vermiformis ebenfalls ab und versorgt die gequetschte Stelle durch Naht; in Fällen, wo die Basis des Wurmfortsatzes infiltrirt ist und mitgenommen wird, kann ein solches Vorgehen von grossem Vorteil sein. Aus den beiden, oben stehenden Figuren, scheint jedenfalls hervorzugehen, dass *die Abquetschung des Wurmfortsatzes an seiner Basis, mit nachfolgender Ligatur des blossen, durch die Angiothrypsie zusammengeschweissten, von Mucosa vollständig befreiten Serosazipfels und Lambert'scher Sicherung, eine ebenso exakte, wie einfache Versorgung des Appendixstrumpfes darstellt.*

Lanz hat bei annähernd 100 Amputationen des Wurmfortsatzes « à froid » noch kein Missgeschick erlebt.

Dr E. Meyer, Zürich :

Ueber scheinbare metaplastische Veränderungen des Epithels der Uterusdrüsen.

Aus dem Pathologischen Institut der Universität in Zürich.
(Virchow-Archiv, Band 166, Heft II.)

Es handelt sich um die Untersuchung von curettierten Massen aus dem Uterus (Kantonsspital Münsterlingen):

In einer infiltrierten, von vermehrtem interstitiellem Gewebe durchsetzten Uterusmucosa, findet man dicht neben einander liegende, kompakte Zellhaufen, die in runder, kugelartiger Anordnung an den meisten Stellen sich scharf gegen die Umgebung abgrenzen, *an einigen anderen jedoch in das infiltrierte interstitielle Gewebe übergehen*; kein Bindegewebe zwischen den Zellen, welch letztere meist von polygonaler Form sind. Kern im Verhältnis zum Protoplasma-Anteil klein; die peripheren Zellen erscheinen höher und stehen ungefähr senkrecht auf der umgebenden Bindesubstanz. Nach der Mitte zu verändert sich die Stellung der Zellen; in manchen Epithelnestern liegen sie aneinander gepresst, zwiebelschalenartig angeordnet. Einige Epithelnester zeigen in ihrer Mitte ein deutliches Lumen. Dieses wird regelmässig von einer Schicht hoher, mit chromatinreichem Kern versehener Zellen begrenzt, welche in ihrem Aussehen und ihrer Grösse sehr mit den Zellen der äussersten Reihe übereinstimmen.

Durch die mikroskopischen Bilder wird man geradezu zu der Anschauung gedrängt, dass eigentümlich veränderte Drüsenwundungen vorliegen müssen; es sind nun *zwei Deutungen möglich :* 1. entweder handelt es sich um das Vorhandensein eines aus den Drüsen-Epithelien entstandenen Carcinoms oder 2. um das Vorhandensein eines von præexistenten ächten Plattenepithel ausgehenden Carcinoms, das sich in so eigentümlicher Weise an die Drüsen angelagert hat, dass dadurch Uebergangsbilder von Drüsen- in Plattenepithelien vorgetäuscht werden.

Auf Grund der mikroskopischen *Diagnose* wurde der Frau der Uterus entfernt und ergab die genaue *Untersuchung* des entfernten Organes folgendes :

Endometritis glandularis cystica der Cervix mit vereinzelten Carcinom-Nestern in den oberflächlichen Schichten der noch vorhandenen Schleimhaut. Metritis des ganzen Uterus, Defekt der gesammten Epithel-Oberfläche des Uterus infolge der Ausschabung.

In praktischer Hinsicht verdient die Thatsache Erwähnung, dass durch blosse, ausgiebige Ausschabung des Uterus eine scheinbare totale Entfernung des Carcinoms ausgeführt worden ist.

Folgt eine genaue Besprechung der seltenen Formen der Zellnester des Tumors. Zum Schluss wird detailliert auf das Kapitel der « *Metaplasie von Zellen* » eingegangen.

Anmerkung des Referenten : Die Untersuchungen Meyer's fordern zur Kritik heraus; allerdings stand dem Autor nicht genügend cürettirtes Material zur Verfügung, um die mikroskopische Diagnose vollständig zu erschöpfen.

Auf Seite 283 und 284 (Virchow Archiv 166) sucht *Meyer* die Form der verschiedenen Zellen durch *Compression* zu erklären : « Die Form der Zellen in den Nestern selbst ist eine polygonale abgeplattete, indem sie durch die Kompression von allen Seiten infolge der ausgedehnten Zellwucherung alle möglichen Gestalten annehmen. Die Zellen der äussersten Reihe stehen nur unter dem Seitendruck der Schwesterzellen und das angrenzende Bindegewebstroma hindert sie nicht, die ihnen naturgemäss zukommende Form anzunehmen, dasselbe gilt für die central das Lumen umgebenden Zellen; auch sie stehen nur unter dem Druck der seitlichen Schwesterzellen und der Einwirkung der nachrückenden jungen Zellbrut, während sie nach dem Lumen hin sich noch frei entfalten können ; *daher gleichen sie in Grösse, Stellung und Protoplasmabeschaffenheit den Zellen der äussersten Schicht.* »

Zu dieser Art der Erklärung der verschiedenen Zellformen möchte ich denn doch ein grosses Fragezeichen setzen ? — Die beigegebenen mikroskopischen Abbildungen haben mich sofort auf den Gedanken gebracht, es könnte sich um « *Drüseninvaginationen* » handeln und während die cylindrischen Zellen als Querschnitte von Drüsenschläuchen aufzufassen wären, könnte es sich betreffs der polygonalen Zellformen um

Schiefschnitte durch einen Drüsenfundus handeln. So wäre ohne « Künstelei » erklärt, warum die Zellen der äussersten und innersten Schicht die ganz gleichen Charakteristica aufweisen.

Ich will zwar nicht verhehlen, dass bei diesen Drüseninvaginationen der äussere Drüsenschlauch häufig gedehnt und endothelartig abgeflacht erscheint; ich finde aber in meinen mikroskopischen Präparaten auch Schnitte, wo dies absolut nicht der Fall ist.

Hätte *Meyer* in seiner Arbeit die « *Drüseninvagination* » wenigstens erwähnt, so hätte man die Gewissheit gehabt, dass an diese Möglichkeit bei der Interpretation der vorliegenden mikroskopischen Schnitte gedacht wurde; das scheint aber nicht der Fall gewesen zu sein.

Die *Diagnose* « *Carcinoma cervicis* » scheint mir vorderhand, so viel man eben aus Abbildungen schliessen kann, doch noch nicht ganz über jedem Zweifel erhaben.

Diejenigen Herren Kollegen, die sich um die Frage der « *Drüseninvagination* » interessieren, möchte ich auf das *kurz gefasste Lehrbuch der Mikroskopisch-Gygnækologischen Diagnostik von Doc. Dr J. A. Amann* verweisen, wo im Kapitel « *Drüseninvaginationen* » das Nötige (pag. 66) zu finden ist.

Ich möchte noch kurz auf eine in praktischer Hinsicht interessante Frage zu sprechen kommen, auf die Frage: « Kann ein beginnendes Oberflächen- oder Drüsencarcinom des Uterus im Beginne vermittels Curettement vollständig eliminiert werden. »

Logischerweise muss man diese Frage mit « Ja » beantworten, denn einmal muss das Carcinom, wie *Meyer* treffend sagt, beginnen; hat man das Glück im Momente dieses « Einmals » ein ausreichendes Curettement zu machen, so kann die Patientin geheilt werden. Hier ein Fall aus meiner Praxis:

« Am 3. Februar 1896 sah ich eine 43jährige Frau mit den klinischen Zeichen eines *Corpus-Carcinoms.* Curettement. Die mikroskopische Untersuchung der curettierten Massen ergiebt *(Prof. Zahn) Carcinoma uteri.*

Da das Herz der Patientin in schlechtem Zustande sich befand, andererseits eine starke Bronchitis bestand, so bewog ich Patientin, sich in das Kantonsspital in Genf aufnehmen zu lassen, um der vaginalen Totalexstirpation des Uterus nach einem Monate sich zu unterziehen.

Wie dies oft geschieht, kam dann Patientin nicht mehr in meine Behandlung, sondern consultierte die *Genfer Frauenklinik. Prof. Vaucher* erklärte der Patientin, allerdings nur auf bimanuelle und Speculum-Untersuchung sich stützend, dass sie *nicht an Carcinom* leide; später consultierte dieselbe Patientin die gynækologische Poliklinik des Herrn *Prof. Jentzer;* abermals konnte gestützt auf rein klinische Untersuchung kein Carcinom gefunden werden. Patientin ist vor kurzer Zeit, wie mir nach deren Ableben berichtet worden, an einer Lungenaffektion verstorben.

Der logische Schluss, den man aus diesem Falle ziehen kann, ist der, dass man sich entweder in der mikroskopischen Diagnose getäuscht, oder aber, dass es möglich ist, ein beginnendes Carcinoma uteri (namentlich, wenn es sich um ein Oberflächen-Carcinom des Corpus uteri handelt) vermittelst gründlichen Curettements zur definitiven Heilung zu bringen.

Dr Hanz Meyer, Zürich:

Cave hymini!

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 19, pag. 609. 1901.)

Bei Unverheirateten tritt uns die Schwierigkeit einer genauen Untersuchung hindernd in den Weg; wenn die uns konsultierende unverheiratete Frau wahrscheinlich oder auch nur möglicherweise intakt ist, so müssen wir mit einer örtlichen Untersuchung zurückhaltend sein.

Wir können nun das weibliche Geschlecht in Bezug auf das Benehmen gegenüber einer Scheidenuntersuchung in *vier Klassen* einteilen; es giebt:

1. Frauen, welche sich gegen eine Untersuchung sträuben, weil sie ihre Scham den Blicken einer anderen Person nicht preisgeben wollen oder weil sie ein unsauberes Gewissen haben.

2. Frauen und Jungfrauen, welche durch eigene Ueberlegung etc. bei sich einig geworden sind, den Frauenarzt aufzusuchen und einer allfälligen Genitaluntersuchung sich zu unterziehen.

3. Leute, welche in medizinischen Dingen von übertriebener Aengstlichkeit sind und nur durch eine « genaue » Untersuchung wieder ins Gleichgewicht zu bringen sind, und endlich

4. Eine Klasse, die mit der gynäkologischen Untersuchung geschlechtliche Wollustgedanken etc. verbindet.

Die Ansichten über den Zweck des Hymen, über die Folgen seiner Vernichtung, *die Wertschätzung desselben als Wächter der Keuschheit und als Verräter unerlaubten Geschlechtsgenusses,* wechseln nach dem Bildungsgrade und den ethischen Begriffen eines Volkes.

Die Aerzte sollten sich hüten ein Hymen zu verletzen, wo es immer angeht! Unter gewissen Umständen (die aber sehr selten sind) haben wir allerdings das alleinige Vorrecht dazu.

Die Einführung des Fingers bei hierfür beanlagten Personen kann den Anfang zur Masturbation werden und dadurch ein Mädchen aus dem Gleichgewicht bringen. — Ein grosser Teil der Jungfrauen, welche zum Gynækologen kommen, tragen eine psychopathische Anlage mit sich herum; durch eine Scheidenuntersuchung würden bei diesen hysterische Erscheinungen gezüchtet. Das Unterleibsleiden wird nicht besser; *häufig bildet sich erst infolge wiederholter therapeutischer Insulte ein krankhafter Zustand der Genitalien aus. Die schlummernde hysterische Anlage ist durch unzweckmässige Behandlung gross gezogen worden.*

Die kritiklose Behandlung, auch verehelichter Frauen, hat häufig die

gleichen Folgen; überhaupt *ist es mehr als früher unsere Pflicht geworden, die Indikationen der örtlichen Behandlung der Genitalien einzuschränken.* Wo charakteristische Symptome vom Unterleib fehlen, (Schmerzen, Amenorrhæ, Blutungen, Ausfluss von bestimmter Art, Geschwulst etc.) darf die gynækologische Untersuchung getrost umgangen werden. *Stösst man aber bei einer wohlangezeigten Untersuchung der Genitalien auf ein unversehrtes Hymen, so ist es Pflicht des Arztes, dasselbe zu schonen und durch den Mastdarm zu explorieren.*

H. MEYER legt den Aerzten des weiteren den « vortrefflichen » Satz von KÜSTNER ans Herz:

« Bei Virgines intactæ muss man, ebenso wie bei unerwachsenen Mädchen, anstatt von der Vagina, vom Rectum aus palpieren. Ergiebt die so gewonnene Tastdiagnose die Notwendigkeit einer örtlichen Behandlung, so muss die Integrität des Hymens geopfert werden. *Um der blossen Diagnose willen aber ist es nicht nötig.* »

Dr A. MÜRY, Basel:

Zur Prophylaxe der Mastitis.

Aus der Frauenklinik der Universität Basel.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Fünfter Band. Erstes Heft, pag. 145. 1901.)

Die Aetiologie der Mastitis ist in einer Bakterieninvasion zu suchen*: Staphylococcus pyogenes aureus und albus, seltener Streptococcus. Einen neuen Beweis für das infektiöse Entstehen der Mastitiden haben in neuerer Zeit auch die Mastitisepidemien geliefert: Mastitisepidemie an der Strassburger Hebammenschule, beschrieben von FREUND; eine zweite Epidemie beobachtete F. SCHWARZ im Jahre 1896; ebenfalls ins Jahr 1896 fällt die Epidemie im *Basler Spital;* es handelte sich um 5 Fälle (die sehr detailliert wiedergegeben werden), in denen stets mikroskopisch und kulturell der *Staphylococcus pygoenes aureus* nachgewiesen werden konnte: Unreinlichkeit der Wärterin führte zu einem kleinen Drüsenabscess der ersten Wöchnerin, von wo aus dann wohl direkt die Weiterverschleppung stattfand. Die Basler Epidemie führte dazu, die in der Basler Klinik gebräuchliche prophylaktische Warzenbehandlung genau bakteriologisch zu untersuchen.

* Siehe im Abschnitt: « Mitteilungen aus dem Gebiet der Veterinär-Geburtshülfe und Gynæcologie » C. Dissertationen, die Publikationen von GRÖNING und STREIT.

Das in Basel angewendete Verfahren ist nun folgendes:

«Nach der Geburt werden Warze und Warzenhof mit gesättigter Borlösung gereinigt, eventuelle Borken mit Vaseline entfernt. Auf jede Warze kommt sofort ein in 4 % Borlösung getauchtes Gazeläppchen, darüber Guttapercha und über beide Brüste noch ein steriler Gazelappen. Während des ganzen Puerperiums, Tag und Nacht, bleibt die Brust von solchen Läppchen bedeckt, welche jeweils nach dem Stillen erneuert werden. Zugleich werden vor und nach dem Anlegen Warze und kindlicher Mund mit Borlösung gereinigt. Eine Hauptsache ist, dass die Warzen möglichst konstant von der antiseptischen Borlösung, respektive den Kompressen, bedeckt bleiben, um einerseits die schon anwesenden Keime zu töten oder zu schwächen, andererseits neue Keime möglichst fernzuhalten.»

Seit Einführung dieser Behandlung im Jahre 1892 blieb die Zahl der Mastitiden stets unter $^1/_2$ %. in den letzten zwei Jahren zeigte sich bei insgesammt 2268 Geburten kein einziger Fall von eitriger Mastitis.

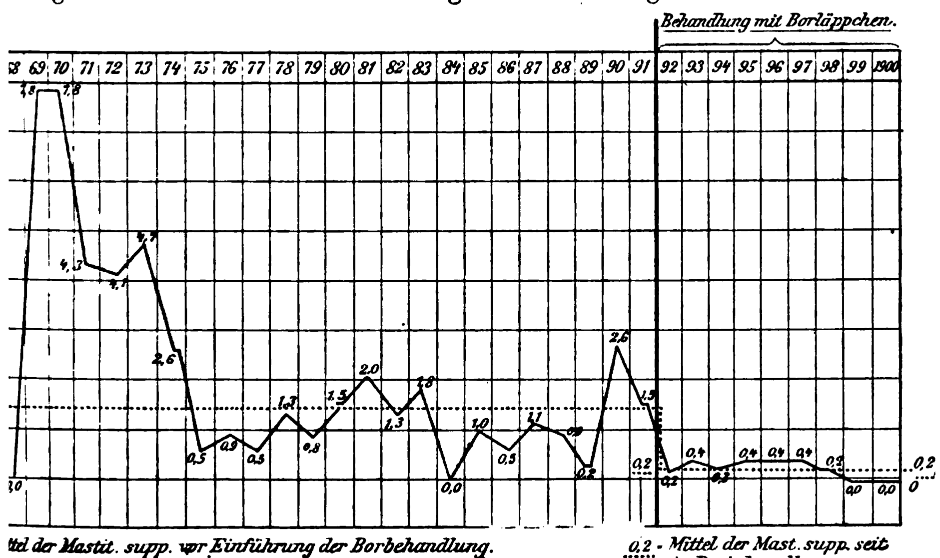


Fig. 7.

Beigegebene Tabellen beziehen sich auf 7 Wöchnerinnen, an denen 20 Impfversuche vorgenommen worden waren; diese Versuche beweisen, wie auch der Vergleich mit den früheren Resultaten, dass die Borbehandlung, wenn auch nicht eine absolut sichere Prophylaxe, so doch ein Verfahren ist, welches die Zahl der infektiösen Mastitiden bedeutend einzuschränken vermag. Folgt eine detaillirte Litteraturangabe.

Dr. E. NIEBERGALL, Basel:

Ueber die Anwendung des Dialysatum secalis cornuti Golaz.

(Centralblatt für Gynækologie, Nr. 19, pag. 482, 1901.)

Im «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte,» 1897 und 1898 veröffentlichte JAQUET* zwei Arbeiten über die pharmakodynamische Wirkung einiger Pflanzendialysate und bespricht darin u. a. auch das *Dialysatum secalis cornuti Golaz,* dessen Wirkung beim Tierexperiment zum mindesten derjenigen des Extr. secalis cornuti solutum (ad usum subcutan) gleichkommt. NIEBERGALL hat das Dialysatum Golaz bei sechs Geburten wegen *Wehenschwäche* mit gutem Erfolg verordnet; bei handtellergrossem oder vollständig erweitertem Muttermunde. (2× 20 Tropfen). In der dritten Geburtsperiode kam das Mittel wegen *atonischer Blutungen* 13 Mal zur Verwendung. In allen Fällen wurden sofort zwei Spritzen in die Nates injiciert und ausser leichter Uterusmassage keine anderen therapeutischen Massregeln getroffen. Von *Aborten,* bei denen nur das Dialys. secal cornuti ohne andere therapeutische Massnahmen zur Anwendung kam, verfügt NIEBERGALL über acht Fälle (1. 2, und

* Doc. Dr. A. JAQUET: *Ueber die pharmacodynamische Wirkung einiger Pflanzendialysate.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, pag. 326, 1897.) Untersuchungen an Fröschen lassen keinen Zweifel darüber bestehen, dass das *Dialysat. secalis cornuti Golaz* die wirksamen Principien der zu ihrer Bereitung verwendeten Medicinalpflanzen enthält, so dass eine therapeutische Verwendung dieses Präparates berechtigt erscheint.

Dadurch, dass die zur Bereitung der «*Dialysate Golaz*» verwendeten Pflanzen immer aus derselben Gegend stammen und dass bei ihrer Einsammlung gewisse Vorschriften eingehalten werden, dadurch ferner, dass die Pflanzen stets in frischem Zustande verarbeitet werden, vermeidet GOLAZ eine Anzahl störender Faktoren, welche sämmtlich Ungleichheiten in der Zusammensetzung seiner Präparate zur Folge haben würden. Der bedeutendste Fortschritt in den Präparaten von GOLAZ ist ihre genaue Dosirung; ein wichtiger Punkt betrifft endlich noch die Haltbarkeit dieser Präparate.

Prof. Dr. A. JAQUET: *Ueber die pharmacodynamische Wirkung einiger Pflanzendialysate.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 24, pag. 745, 1898.) Untersuchungen an Hähnen (ROBERT et JACOBI) und Fröschen haben ergeben, dass die Wirksamkeit des Dialysatum secalis cornuti zum mindesten derjenigen des Extractum secalis solutum der Pharmacopoe gleichkommt, obschon ein Theil des letzteren Präparates 2 Theilen der Droge entspricht; ferner ist das Vergiftungsbild, welches von den beiden mit einander verglichenen Präparaten hervorgerufen wird, identisch.

Anfang des 3. Monates). Die so behandelten Fälle (5×20 Tropfen täglich bis zu acht Tagen) können bis auf «Einen» als günstig verlaufen bezeichnet werden. Wirksam schien das Präparat auch in einem Falle von *schlechter Involution des Uterus,* sowie in einem weitern von *Endometritis post abortum.* Bei den gynækologischen Erkrankungen lag es nahe, namentlich die Fälle von Endometritis, welche als Hauptsymptome Blutungen, Menorrhagien und Metrorrhagien verursachten, mit dem neuen Mittel zu bekämpfen. 14 Fälle. Die ersten zwei waren nicht sehr ermutigend (wahrscheinlich war die Dosierung 2×20 Tropfen täglich zu gering); die weiteren 12 Fälle wurden mit 5×20 Tropfen täglich behandelt und konstatierte man Nachlass der Blutungen. Einen weiteren günstigen Erfolg erzielte NIEBERGALL bei drei Myomen. (5×20 Tropfen in Wasser, während sechs Wochen genommen.)

In toto kamen zur Behandlung 28 geburtshilfliche und 18 gynækologische Fälle, von denen die ersteren alle mit gutem Erfolg, von den letzteren immerhin 16 mit sehr befriedigendem Resultate behandelt wurden.

Vorteile des Dialysat Golaz gegenüber dem Extract. secalis cornuti solutum. Lässt sich leichter injicieren, weil dünner und wässeriger; ist aus dem gleichen Grunde rascher resorbiert und wirkt schneller; Schmerzen werden nach der Injektion kaum verspürt. Abscessbildung oder Infektion trat nie auf; innerlich genommen schmeckt das Dialysat viel weniger unangenehm als das Extrakt und sieht auch weil durchsichtig und dünnflüssig, appetitlicher aus, als letzteres, dessen syrupartige Konsistenz von vielen Pat. als unangenehm empfunden wird.

Dr E. NIEBERGALL, Basel:

Ueber vaginale Ovariotomie während der Geburt.

Aus dem Frauenspital in Basel.

(Centralblatt für Gynækologie, Nr. 21, 1901.)

Im Jahre 1894 führte STAUDE als erster die Ovariotomia vaginalis, intra partum mit gutem Erfolge aus; auch PFANNENSTIEL betont die Möglichkeit der Entfernung von Ovarialgewülsten auf vaginalem Wege während der Geburt, besonders bei langem Stiele.

Die aus dem Basler Frauenspital mitgeteilte Beobachtung, von einem einschlägigen Fall, zeigt, dass man einen Schritt weiter gehen kann und

dass die Operation selbst dann ausführbar ist, wenn nur ein Teil der Cyste im kleinen Becken sich befindet und Verwachsungen vorhanden sind.

Die Vornahme der vag. Ovariotomie intra partum unter den obwaltenden Umständen (Verwachsungen, Vielkammerigkeit und Grösse der Cyste) bedeutet wieder eine kleine Erweiterung des Gebietes der vaginalen Operationen.

Dr Achilles NORDMANN, Basel:

Zur Frage der Placentaradhærenz.

(Archiv für Gynækologie, Bd. 65, H. 1.)

Die Placenta adhærens sive accreta ist von jeher ein Schmerzenskind der Geburtshülfe gewesen. Einigkeit darüber, ob sie überhaupt vorkommt, ist bis heute nicht erzielt.

Die gegenwärtige Mitteilung will einen kleinen, *klinisch-anatomischen Beitrag* zu liefern versuchen. Folgen zwei klinisch und histologisch sehr eingehend beschriebene Fälle, die gewisse Analogien mit einander darbieten:

« Bei zwei Frauen, bei denen beiden, das eine Mal im Anschluss an einen Abort, das andere Mal wegen einer Endometritis, die Gebärmutter ausgeschabt worden war, stellten sich bei den 1 bezw. 2 Jahre später erfolgenden Entbindungen Störungen der Nachgeburtsperiode ein, die auf förmlicher (in einem Fall totaler, in dem anderen nahezu totaler) Verwachsung der Uteruswand mit der Placenta beruhten und beide Male die manuelle Lösung nötig machten. Während im ersten Fall bei drei auf einander folgenden Geburten die gleiche Adhærenz der Placenta immer wiederkehrte, verlief im anderen, bei der zweiten Geburt, nach der Ausschabung, die Nachgeburtsperiode wieder in normaler Weise.

Beide Male liessen sich histologisch an den an der Placenta haften gebliebenen Teilen der Serotina auffällige, vom Normalen abweichende Strukturverhältnisse nachweisen, die darin bestanden, dass an die Stelle der vorwiegend zelligen Zusammensetzung dieser Membran, ausgedehnte Bindegewebswucherungen getreten waren. »

Die Erklärung für die Genese dieser Umwandlung lässt sich eigenartiger Weise aus den klinischen Daten der beiden Fälle ableiten. Bei beiden Frauen waren den durch die manuelle Placentarlösung komplizierten Geburten, *Ausschabungen der Gebärmutter* unmittelbar vorausgegangen. Die Annahme lässt sich rechtfertigen, dass dabei etwas zu gründlich verfahren worden sei und so viel Uterusschleimhaut entfernt wurde, dass deren restitutio ad integrum nicht stattfinden konnte.

Nordmann denkt sich — natürlich ist das nur eine Hypothese — dass in seinen Fällen der grösste Teil der Gebärmutterschleimhaut zerstört wurde, dass sodannaus der Tiefe sich ein Granulationsgewebe entwickelte, das sich späterhin in Narbengewebe umwandelte und in der Gravidität zu der geschilderten, bindegewebigen Beschaffenheit der Serotina Veranlassung gab.

Von grosser Wichtigkeit für die schwebende Frage ist eine Abhandlung von Langhans (Archiv f. Gyn., Bd. 8, S. 287 ff), der sich dahin äussert, dass man für die Lehre von der Verwachsung der Placenta zweierlei anatomische Möglichkeiten ins Auge fassen müsse: Erstens die histologische Beschaffenheit der Septen zwischen den Drüsenampullen der Serotina und zweitens die mangelhafte Ausbildung der Drüsenampullen selbst.

Nordmanns anatomische Angaben stimmen mit denen von Langhans früher gegebenen nahezu überein.

Von der durch Veränderungen der Serotina charakterisierten Form der Placentaradhærenz abgesehen, giebt es noch eine andere von ihr ganz zu trennende Form, deren Vorkommen so erklärt worden ist (ein selbst beobachteter Fall wird ausführlich mitgeteilt), dass an Stelle der Juxtaposition, des einfachen Aneinanderliegens der Placenta und der Uteruswand, eine Art *Durchwachsung* der beiderseitigen Elemente stattgefunden hat. Es scheint verständlich, dass nach der klinischen Seite hin die « *musculäre Form der Placentaradhærenz* » weniger hervortritt, wie die auf ausschliesslich decidualen Veränderungen beruhende. Jene wird dem von aussen auf sie einwirkenden Druck viel leichter nachgeben als diese, und nur dann, wenn sie entweder der Fläche nach sehr ausgedehnt ist oder der Tiefe nach d. h. dem Eindringen der Placentarteile in die Uterussubstanz nach, sehr weit reicht (ein selbsterlebter, interessanter Fall wird angeführt), zu manuellen, inneren Eingriffen Veranlassung geben.

Nach ausführlicher Durchsicht der älteren Litteratur, hält Nordmann es für eine wenig dankbare Aufgabe, die Aeusserungen der neueren Litteratur durchzugehen, die darzuthun bestrebt sind, eine auf histologischen Veränderungen beruhende Placentaradhærenz überhaupt zu leugnen. Hauptsächlich wendet sich Nordmann gegen Schrader (Centralblatt f. Gyn., 1893, Nr. 16, p. 369 ff) und O. Burkhardt (Beiträge zur Geburtshülfe und Gyn., I, p. 198 ff):

« *Wenn* O. BURKHARDT *davon ausgeht, dass er in einem ausgesprochenen Fall von Tubeneckenplacenta keine histologischen, die Retention erklärenden, Veränderungen an der Placenta vorgefunden hat, so kann dies doch nicht als ein Beweis für das Nichtvorkommen derselben herangezogen werden. Sie waren hier von vorne herein gar nicht zu erwarten gewesen.* »

Interessant sind die Angaben, die NORDMANN bezüglich Placentarretention auf histologischer Basis, aus den Protokollen des *Basler pathologischen Institutes* (Prof. ROTH) geschöpft. Daraus ging hervor, dass in der übergrossen Zahl von Sektionen puerperaler Frauen, kleinere Placentarreste gefunden werden, welche im Leben keinerlei Symptome machten und bei der Todesursache nicht in Betracht kamen; weiter konnte an Hand der gleichen Sektionsprotokolle nachgewiesen werden, dass zur Zeit BISCHOFFS, als die Placenta in Basel schon nach 10 Minuten post partum exprimiert wurde, bei den Sektionen 2-3 mal so viel Placentarreste vorgefunden wurde, als später bei halbstündigem und längerem Zuwarten.

« Ausser den beschriebenen serotinalen und muskulären Formen giebt es wohl noch andere histologische Arten und Unterarten der Placentaradhärenz, deren Erkenntnis späteren Untersuchungen überlassen bleiben muss. Bis dahin möchte NORDMANN die gegenwärtigen Erörterungen in folgende Sätze zusammenfassen :

1. Das Vorkommen einer auf anatomischen Veränderungen beruhenden Placentaradhärenz ist als feststehend anzusehen.

2. Zur Zeit sind zwei Formen dieser Adhärenz bekannt. Die eine derselben beruht auf Veränderungen der Decidua serotina, die andere auf einer Verwachsung der Uterusmuskulatur und der uterinen Placentarfläche.

3. Für die Aetiologie der serotinalen Form sind vorausgegangene Traumen der Gebärmutterschleimhaut (Ausschabungen, wiederholte Placentarlösungen, Aetzungen) in Betracht zu ziehen.

Die muskuläre Form, die wahrscheinlich den häufig vorkommenden Placentarresten zu Grunde liegt, findet möglicher Weise dadurch ihre Erklärung, dass sie als eine Art Varietät der normalen Placentarinsertion aufgefasst wird. »

Dr. Achilles NORDMANN, Basel:

Ueber einen positiven, chemischen Befund bei Unerträglichkeit der Muttermilch.

(Monatsschrift für Geburtsh. und Gynæk. Bd. XV. H. 2.)

THIEMICH gelangt in seinem ausführlichen und kritischen Sammelreferat (Monatsschrift für Geburtsh. und Gynæk. 1898) zu dem Schluss, dass nur die *Quantität* der Milch und die Gesundheit der Stillenden für das Stillungsgeschäft von Bedeutung sei, alles Uebrige aber, so namentlich auch die chemische Analyse, über die Güte oder Tauglichkeit einer Frau als Amme keinen Aufschluss geben könne.

MONTI und KLEMM dagegen legen nicht nur der Quantität, sondern auch der *Qualität* der Muttermilch Bedeutung bei.

Da die Diskussion über das uns interessierende Thema noch nicht abgeschlossen ist, so ergreift NORDMANN die Gelegenheit, sehr detailliert einen Fall mitzuteilen, der zusammengefasst folgendermassen sich präsentiert.

« Es handelt sich um einen Fall von Selbststillung, bei dem, nahezu mit der Sicherheit eines Experimentes, die Zufuhr der Muttermilch bei dem Kind jeweilen eine durch Colik, Diarrhöe und verminderte Gewichtszunahme charakterisirte Ernährungsstörung herbeiführte, während bei zeitweisem und später völligem Absetzen von der Brust der Ernährungs- und Ausscheidungsprocess in normaler Weise vor sich ging. »

Die *mikroskopische Untersuchung* der Muttermilch ergab keine Abnormitäten.

Als wichtigstes *Resultat der chemischen Analyse* muss die Thatsache betont werden, *dass die Milch die Storch'sche Reaktion* auf ungekochte Milch nicht gab.*

Fehlt demnach in einer ungekochten (oder nicht über eine Temperatur von ca. 80° C. erwärmten) Milch die STORCH'sche Reaktion, so ergiebt sich der Schluss, dass derselben ein gewisser, noch nicht sehr genau bekannter, Bestandteil (Aktive Stoff), wahrscheinlich ein Ferment, fehlt, das sonst vorhanden zu sein pflegt; es muss daher geschlossen werden, dass das Nicht-Auftreten dieser Reaktion, im vorliegenden Falle als eine pathologische Erscheinung aufzufassen ist, die beim Mangel anderweitiger Befunde für die Ernährungsstörung des Säuglings verantwortlich zu machen ist.

* Die *Storch'sche Reaktion* beruht auf folgendem Verhalten:
Milch, in ungekochtem Zustand, zersetzt Wasserstoffsuperoxyd sehr rasch in Wasser und freien Sauerstoff. Durch die Erwärmung bis auf 80 ° C. geht diese Eigenschaft verloren. Zur Demonstration derselben wird am besten Paraphenylendiamin benützt, durch welches, in Verbindung mit Wasserstoffsuperoxyd, die ungekochte oder auf weniger als 80 ° C. erwärmte Milch blau gefärbt wird.

Dr. S. OBERNDORFER, Genf:

Ein Fall von Chorionangiom.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Genf.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. V^{ter} Band. 2. Heft. 1901.)

Die Tumorbildungen der Placenta begegnen in den letzten Jahren erhöhtem Interesse; die Zahl der beobachteten Fälle ist aber noch eine beschränkte (41). 14 davon, also 33 % sind *Angiome;* zu dieser Gruppe gehört der an der JENTZER'schen Universitätsfrauenklinik beobachtete und von OBERNDORFER genauer untersuchte Fall.

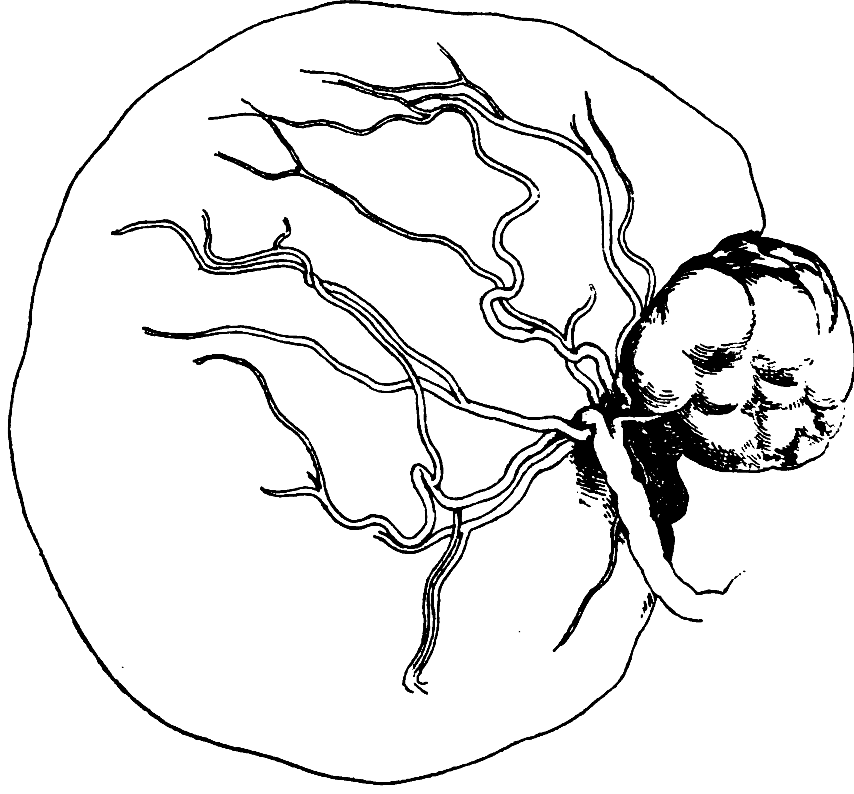


Fig. 8.

Placenta 17 und 21 cm.; Dicke 1-1,5 cm. Die Nabelschnurinsertion ist lateral, an der innern Seite eines gänseeigrossen Tumors, der aus der Ebene der fœtalen Fläche der Placenta prominiert und den äusseren Placentarrand noch um 4 cm. überragt. Die Masse des Tumors betragen: Grösste Länge 7,4 cm.; grösste Breite 5,8 cm.; grösste Dicke 3,7 cm.

Nach genauer mikroskopischer Beschreibung geht OBERNDORFER auf die Aetiologie dieser Geschwulstbildungen ein und hält sich dabei hauptsächlich an die von BENEKE vertretene *Hypothese,* dass die Grundursache der Tumorbildung eine von Anbeginn bestehende lokale Blastomatose der Kapillarendothelien sei, die vielleicht durch irgend eine im Beginn der Placentarcirkulation entstandene Stauung veranlasst wurde, etc.

Dr. F. de QUERVAIN, La Chaux-de-Fonds:

Zur Implantation des Colon transversum in das Rectum oder den Anus.

(Revue Médicale de la Suisse romande. N° 12. 1901).

Eine der unangenehmsten Unzukömmlichkeiten chirurgischer Eingriffe am Darmtraktus war bis vor nicht langer Zeit die Bildung eines permanenten künstlichen Afters. Um hier Wandel zu schaffen, wurde die Entero-Rectostomie ersonnen. KÜMMEL ging dann einen Schritt weiter und implantierte nach Ablation von Rectum, vom S. Romanum und einer Partie des Colon descendens das Colon transversum direkt in den Analring. KÜMMEL machte des weiteren darauf aufmerksam, dass die Ernährung des Colon transversum nach Durchtrennung des Mesenteriums viel weniger leide, als nach Durchschneidung im Bereiche des S. Romanum; Thatsache, die sich ohne weiteres aus der von GEGENBAUR stammenden Abbildung ergiebt (siehe Fig. 9).

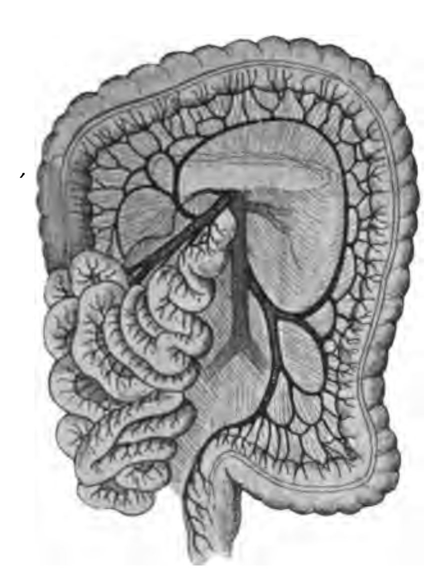


Fig. 9.

Da in der Litteratur ausser den beiden von KÜMMEL publizierten Fällen nichts Einschlagendes veröffentlicht worden ist, so bietet ein neuer von de QUERVAIN operirter Fall, entschieden grosses Interesse.

50 jährige Frau. 29. Juni *radicale Bruchoperation. Ventroxixation des retroflectirten Uterus. Kolporrhaphia anterior et posterior. Perineoplastik.* Bei dieser Gelegenheit constatirt man einen kleinen Tumor hoch oben im Douglas. Wiedereröffnung der Abdominalwunde. Krebs des Becken-Colon's. Resektion der kranken Partie

mit inficirtem Mesenterium. Implantation des Colon transversum in das Rectum. Bezüglich des Colon descendens und des übrig bleibenden Restes des R. iliacum wird das eine Ende mit Naht geschlossen und das andere Ende in die Wunde als Schleimhaut fistel eingenäht.

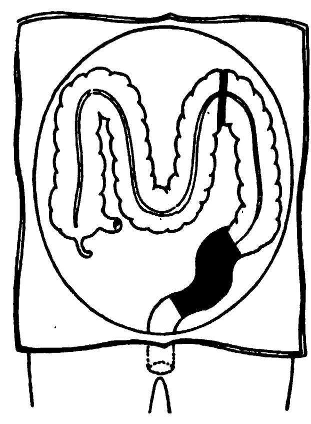


Fig. 10.

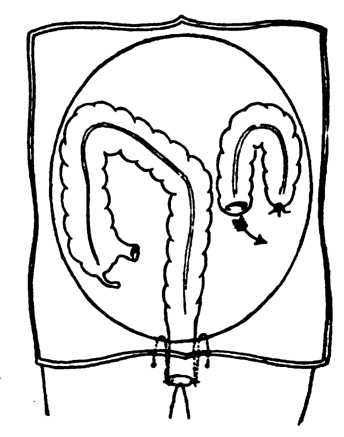


Fig. 11.

Am 30. August verliess Patient das Krankenhaus; Stuhl regelmässig, von normaler Consistenz; am 16. August tritt die Operirte wieder in's Spital ein: Meteorismus heftige Koliken; Dilatation des (neuen) Rectums ohne Erfolg. *Laparotomie.* Man constatiert, dass beinahe der ganze Dünndarm unter das Colon transversum geschlüpft war, dessen Mesenterium leider nicht mit Naht an die hintere Bauchwand fixirt worden war; des weiteren fanden sich Adhærenzen zwischen Dünndarm und Douglas.

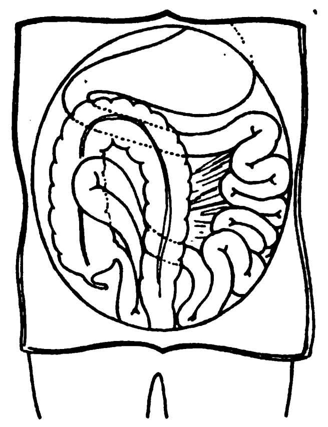


Fig. 12.

Exstirpation der excludirten Darmschlinge; Incision des freien Bandes des Mesocolon transversum, unter welchem die Dünndarmschlinge durchgeht; Zerstörung der Douglas-Adhærenzen. Mikulicz-Tamponade des linksseitigen Douglas.

de QUERVAIN bringt zum Schlusse interessante epikritische Bemerkungen; er zeigt wo die Technik gefehlt und wie in Zukunft verfahren werden soll.

Anmerkung des Ref. Ich denke, man könnte nicht leicht einen instruktiveren Fall finden, zur Illustration, dass der moderne Gynækologe auch die Darmchirurgie einigermassen beherrschen muss und ist es nur mit Freuden zu begrüssen, dass die klinischen Lehrer der Gynækologie mehr und mehr denjenigen jungen Aerzten als Assistenten den Vorzug geben, die specielle Kenntnisse in der Gesamt-Chirurgie besitzen.

Prof. Dr. O. RAPIN, Lausanne:

Die nervöse, suggestive Schwangerschaft.

Grossesse nerveuse suggestive.

(Semaine médicale du 10 juillet 1901.)

Die Schwangerschafts-Comödie im serbischen Königshaus hat der Frage der eingebildeten oder nervösen Gravidität ein aktuelles Interesse gegeben. RAPIN war nun im Falle, einen typischen, hieher gehörigen Fall zu beobachten:

33 jährige Frau, verheiratet seit September 1892. Im Dezember 1893 Abortus im 6. Monat. Ende 1896 catarrhalische Metritis. 23. Februar 1897, plötzlich eine acute Peritonitis, die nach 14 Tagen heilte; von dieser Zeit an war die Frau während $2^1/_2$ Jahren gesund. Ende Oktober 1899 Schwindelanfälle und Erbrechen, namentlich am Morgen. Trotzdem die Regeln nicht sistirten, wurde von der Frau bestimmt an eine Schwangerschaft gedacht; es stellten sich Blutandrang nach dem Kopfe ein etc.; der Leibesumfang nimmt zu. Im Verlaufe des Monats Januar 1900 bemerkt selbst der Ehegemahl die Zunahme des Leibes; einige Wochen später constatirt er selbst Kindsbewegungen und zwar bis zum Monat Juli. Die Pat. selbst verspürte die ersten Kindsbewegungen am 20. Februar 1900. Das Abdomen nimmt langsam zu; Leibesumfang von 58 cm. auf 74 cm. angestiegen. Pat. war menstruirt anfangs November, dann im Monat Dezember, allerdings 8 Tage zu spät; im Monat Januar dauerte die Menstruation kaum 24 Stunden. Vom 16. Juli 1900 an nahmen die Brüste zu und wurden schmerzhaft. Während dieses Zeitpunktes sah RAPIN die vermeintliche Gravida, deren Aeusseres absolut an eine Schwangerschaft denken liess; es traten dann Wehen auf, die 10-14 Tage dauerten und namentlich gegen Ende Juli sehr kräftig wurden; per vaginam ging etwas Blut und gelbliche Flüssigkeit ab. Die herbeigerufene Hebamme constatirte, dass die Geburt noch nicht begonnen, dass sie aber nicht lange auf sich warten lassen werde. In den folgenden Tagen hörten die « Wehen » auf und nahm der Leib mehr und mehr ab, besonders am Morgen. Die Kindsbewegungen wurden immer schwächer, so dass Anfangs August die Frucht für abgestorben gehalten wurde, sowohl von Seiten der Pat. als von Seiten der Hebamme. RAPIN sah nun die Frau erst wieder am 18. August 1900 und constatirt, *dass keine Schwangerschaft vorliegt.*

Dieser Fall muss unter die « falschen Schwangerschaften » rubricirt werden; die Bezeichnung ist vielleicht nicht gut gewählt und hat PAJOT

Recht, wenn er sagt, dass es nur falsche Diagnosen gebe, aber keine falschen Graviditäten.

Die Mehrzahl der vorliegenden Phænomene müssen der Suggestion in die Schuhe geschoben werden (kein Uterustumor, keine Erkrankung der Adnexe, kein Ascites, keine Hysterie etc.). Als Mitte Oktober Uebelkeiten auftraten, dachte Pat., dass sie event. schwanger sein könnte; die *Auto-Suggestion* begann, die durch die Umgebung (Mann, Freundinnen etc.) reiche Nahrung erfährt. Unter diesen Einflüssen beginnt die Tympanitis der Därme, die Regeln hören allmählich auf etc. etc.

Ein weiterer Punkt, der darauf hinweist, dass es sich im vorliegenden Falle um eine suggestive Schwangerschaft gehandelt hat, ist der, dass die Regeln nach 6 Wochen wieder sich einstellten, nachdem Rapin der Pat. versichert, dass die Menstruation nächstens sich wieder zeigen werde.

Dr. L. Reidhaar, Basel:

Ueber Metreuryse.

(Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 11, 1901. pag. 330.)

Der Verf. teilt in der vorliegenden Arbeit seine bald siebenjährigen, praktischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Metreuryse mit, Erfahrungen, welche sich mit den von Dr. H. Meyer-Ruegg im Corresp.-Blatt niedergelegten (Gynæc. Helvet. Erster Jahrg. p. 42) im Wesentlichen decken. — Nach einer historischen Einleitung geht Reidhaar auf seine Modification der Schauta'schen Metreuryse (Einbringen eines Braun'schen Kolpeurynters in den Uterus. zur Erweiterung der Cervix) ein. Die schwierige Applikation des Braun'schen Ballon und die nur sehr langsam zum Ausdruck gekommene Wirkung desselben, in einem Falle von Einleitung einer künstlichen Frühgeburt, brachten R. auf die Idee, den Kolpeurynter zu modificiren.*

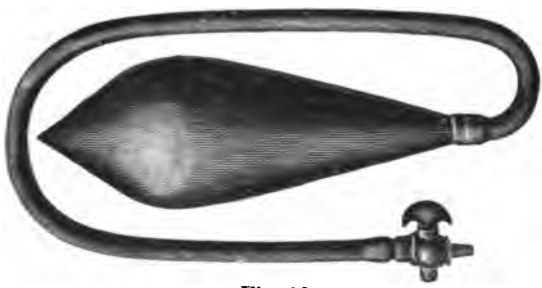


Fig. 13.

* *Anmerkung des Ref.* Leopold empfiehlt wärmstens das Dilatatorium von Bossi: (Marelli in Mailand, Via Paletta.)

« Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von Bossi, namentlich bei Eklampsie. » (Centralblatt für Gynæk. Nr. 19. 1902. Archiv für Gynæk. B. LXVI. Heft 1.

Derselbe (vide Fig. 13) besteht in einer Gummiblase, welche sich nach oben und unten zuspitzt und im Gegensatz zum Kolpeurynter an seinem untern Ende nach dem Füllschlauch hin, sich nur sehr langsam verjüngt; 3 verschieden grosse Nummern (15, 20 und 25 cm. Circumferenz) wurden hergestellt.

Die Art der Einlegung besteht in dem zigarrenförmigen Aufrollen und dem Einbringen mittelst einer Kornzange. R. hat des weitern eine speziell für diesen Zweck konstruirte Zange angegeben (vide Fig. 14),

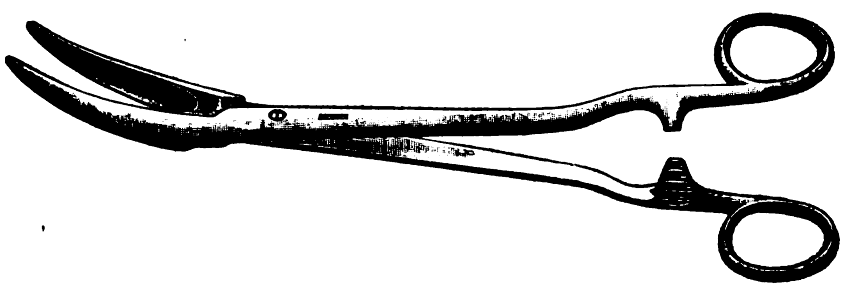


Fig. 14.

deren 8 cm. lange convexe Branchen, gegen die Spitze hin sich leicht verjüngend, nach oben gebogen sind, ohne sich beim Fassen des Metreurynters zu werfen. — Bei engem Muttermund fasst man die vordere M. m.'slippe mit der Kugelzange; der Metreurynter wird mit Luft gefüllt; event. werden die einzelnen Nummern nach einander eingelegt.

Die Vorzüge des Reidhaar'schen Metreurynters gegenüber andern sind abgesehen von der ausserordentlichen Dauerhaftigkeit des Materials kurz folgende:

«*1. Die Bequemlichkeit der Handhabung, indem der nach oben spitz zulaufende Teil des Ballons im aufgerollten Zustande mit Leichtigkeit in den Uterus eingelegt werden kann.*

2. Die gleichmässig successive, in schonendster Weise erfolgende Ausdehnung der Cervix, bedingt durch die langgestreckte Form des Ballons, welche im Gegensatz zum gewöhnlichen Kolpeurynter vom Füllschlauch aus nur langsam und gleichmässig bis zu seiner grössten Circumferenz sich erweitert, wodurch Cervicalrisse verhütet werden können.

3. Die unbeschränkte Verwendbarkeit des Ballons in allen Fällen, wo eine rasche Erweiterung notwendig erscheint und dies auch bei stark ausgedehntem untern Uterusabschnitt, da je nach Bedürfnis eine kleinere oder grössere Nummer zur Verwendung kommen kann.

Zur Illustration der Methode werden in Kürze die Krankengeschichten dreier Fälle angeführt; im ganzen kam der Metreurynter 21 Mal mit Erfolg zur Anwendung. — Der Metreurynter wird hergestellt von der Gummiwarenfabrik Bertschinger in Zürich.

Dr. R. de Seigneux, Genf:

Ueber die Neigung der Uterusaxe am Ende der Schwangerschaft und die Kopfeinstellung.

Aus den Frauenkliniken der Universitäten Basel und Genf.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Vierter Band. Drittes Heft, pag. 410.)

De Seigneux* hat bereits vor einigen Jahren die Ergebnisse einer Reihe von Beobachtungen aus der *Basler Frauenklinik* veröffentlicht; die Untersuchungen wurden nun weiter geführt und hauptsächlich auch die Neigung der Uterusaxe am Ende der Gravidität einlässlich studiert. Nach einer sehr detaillirten Litteratur-Uebersicht, die durch 17 Abbildungen (Gefrierdurchschnitte der verschiedenen Autoren) illustrirt wird, folgt ein Kapitel über: *Die Neigung der Axe des Uterus.* Um die Neigung der Uterusaxe zu bestimmen, bediente sich de Seigneux der Küstner'schen Methode der Zeichnung der Profile der hochschwangeren Frauen; um eine grössere Genauigkeit in der Ausführung dieser Profile zu erziehlen und an diesen Zeichnungen genauere Messungen anstellen zu können, hat de Seigneux einen besonderen, zweckdienlichen Apparat konstruiren lassen (vide Fig. 15, 16 und 17).

de Seigneux hat des weiteren mit seinem Apparate an 35 Frauen der Jentzer'schen Universitätsfrauenklinik Untersuchungen angestellt, die ihn zu folgenden Schlusssätzen ermächtigen:

* De Seigneux. De la présentation de la tête et du mécanisme de son engagement. Revue médicale de la Suisse Romande. 1896.

De Seigneux. Du chevauchement des os pariétaux au niveau de la suture sagittale. Revue médicale de la Suisse Romande. 1901.

De Seigneux. De l'inclinaison de l'axe de l'utérus au terme de la grossesse. Revue médicale de la Suisse Romande. 1901.

1) Unter den gewöhnlichen Verhältnissen, in Rückenlage, findet sich der Uterus bei einer hochschwangeren, **nicht kreissenden** *Frau, in der grössten Mehrzahl der Fälle, in mehr oder weniger ausgesprochener Retroversion. Seine Axe ist zur Beckeneingangsaxe* **nach hinten** *geneigt.*

2) Im Stehen ist die Uterusaxe bei Primiparen, mit seltenen Ausnahmen, ebenfalls **nach hinten** *von der Beckeneingangsaxe geneigt; bei Multiparen ist sie im Gegenteil sehr häufig* **nach vorn** *von der gleichen Axe geneigt. Ein Einfluss der durchgemachten Schwangerschaften auf das Vornüberfallen des Uterus im Stehen, kann nicht geleugnet werden.*

3) Im allgemeinen ist in der Rückenlage die Retroversion des Uterus bei Erstgeschwängerten ausgesprochener, als bei Mehrgeschwängerten; doch erleidet diese Regel zahlreiche Ausnahmen.

4) Die Neigung des Uterus zur Beckeneingangsebene wechselt sehr merklich je nach der Stellung der Frau (Stehen oder Rückenlage). Die Differenz zwischen der Neigung im Stehen und derjenigen im Liegen ist bei Mehrgeschwängerten grösser, als bei Erstgeschwängerten. Sie beträgt im Durchschnitt 10,3° bei den ersteren und 7,4° bei den letzteren.

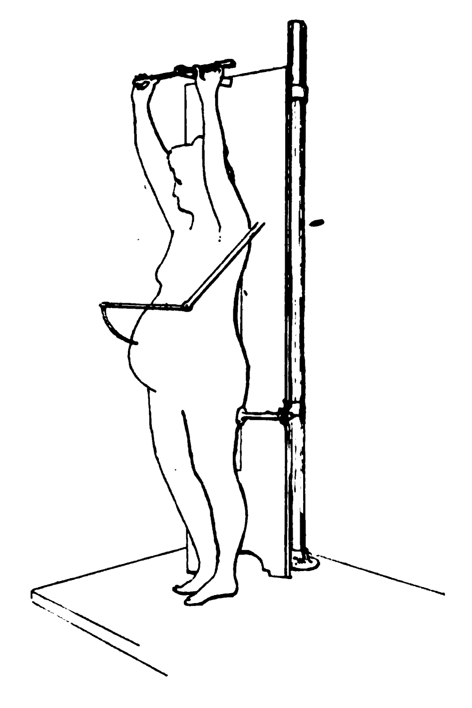


Fig. 15.

Fig. 15 zeigt die Stellung, in welcher die Profilumrisse der zu messenden Frauen aufgenommen worden sind.

Nach einigen kritischen Bemerkungen über die angewandte Methode, die « in der That zahlreichen Kritiken ausgesetzt ist, » geht DE SEIGNEUX zu dem bereits früher behandelten Thema: « *Der Kopfeinstellung und des Eintrittsmechanismus des Schädels* » über. — Ueber die Kopfein-

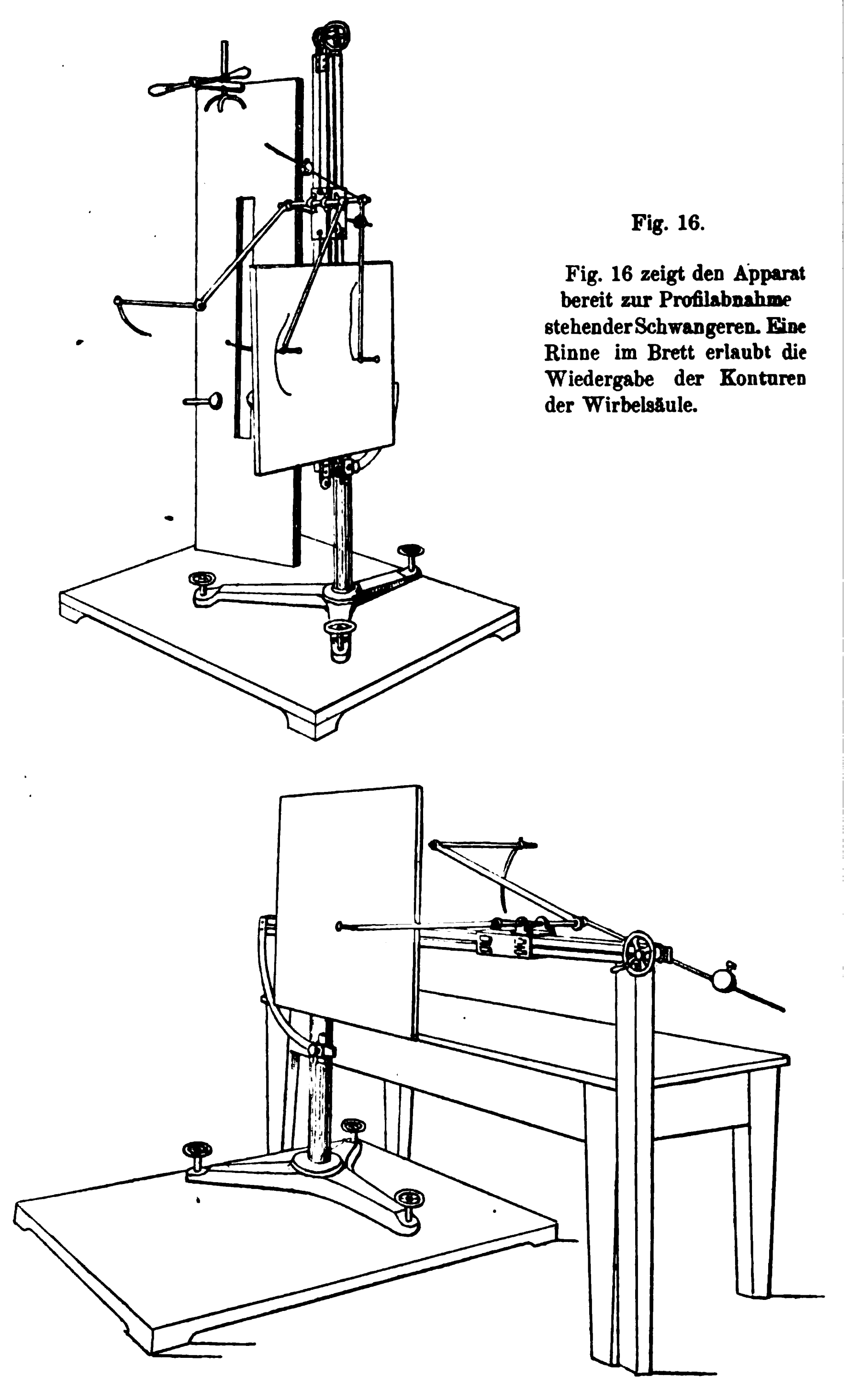


Fig. 16.

Fig. 16 zeigt den Apparat bereit zur Profilabnahme stehender Schwangeren. Eine Rinne im Brett erlaubt die Wiedergabe der Konturen der Wirbelsäule.

Fig. 17.

Fig. 17 zeigt den Apparat zur Profilaufnahme auf dem Rücken liegender Schwangeren bereit gestellt.

stellung, im Beckeneingange, herrschen zur Zeit drei verschiedene Lehren, die durch die 3 beigegebenen Abbildungen illustrirt werden:

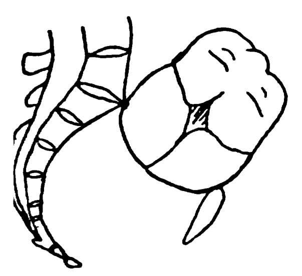


Fig. 18.
Synclitismus.
Pfeilnaht läuft quer, gerade in der Mitte zwischen Symphyse und Promontorium.

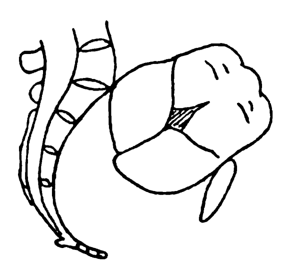


Fig. 19.
Vorderer Asynclitismus.
(Nægele'sche Obliquität.)
Pfeilnaht befindet sich in der Nähe des Promontorium.

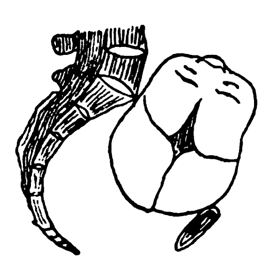


Fig. 20.
Hinterer Asynclitismus.
(Litzmann'sche Obliquität.)
Pfeilnaht befindet sich in der Nähe der Symphyse.

de Seigneux hat in der *Basler Frauenklinik* 100 Fälle untersucht; von diesen konnten jedoch nur 80 verwerthet werden (siehe Publication in der Rev. Méd. 1896).

Die synclitische Einstellung wurde in 19 Fällen, also in 23,75 % vorgefunden,

die Nägele'sche Obliquität in 18 Fällen, also in 22,5 %, und

die Litzmann'sche Obliquität in 43 Fällen, also in 53,75 %.

Da der genaueste und gewissenhafteste Beobachter sich zuweilen in der Diagnose des Einstellungsmodus täuschen kann, so hat de Seigneux, angeregt durch die Arbeit von Olshausen: « *Ueber die nachträgliche Diagnose des Geburtsverlaufes aus den Veränderungen am Schädel des neugeborenen Kindes* » (Sammlung klin. Vorträge. Volkmann, Nr. 8), sein Augenmerk auch auf diesen Punkt gelenkt; dank dem gütigen Entgegenkommen von Prof. Jentzer und Prof. Bumm wurde das nötige Beobachtungsmaterial herbeigeschafft.

Es wurde eine Serie von 110 Fällen aus der *Genfer Frauenklinik* von Assistenzarzt Dr. L. Martin gesammelt, sowie eine zweite Serie von 100 Fällen aus der *Basler Frauenklinik* von Dr. O. Kreis.

Die Untersuchungsresultate waren folgende:

Unter 110 Fällen der *Genfer Klinik* fand man:

in 39 Fällen eine Verschiebung des vorderen Scheitelbeines über das hintere;

in 37 Fällen eine Verschiebung des hinteren Scheitelbeines über das vordere;

in 34 Fällen gar keine Verschiebung.

Unter 100 Fällen der *Basler Klinik* fand man:

in 43 Fällen eine Verschiebung des vorderen Scheitelbeines über das hintere;

in 31 Fällen eine Verschiebung des hinteren Scheitelbeines über das vordere;

in 26 Fällen gar keine Verschiebung.

De Seigneux kommt am Ende seiner sehr detaillirten und eingehenden Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Im Gegensatz zu der allgemeinen Anschauung kommen alle drei Einstellungsmodi, sowohl die Vorderscheitelbein- als auch die Hinterscheitelbein- und die synclitische Einstellung gleich häufig vor.

2. Die Beckenmasse haben keinen Einfluss auf die Entstehung des Einstellungsmodus,

3. Der Einstellungsmodus hingegen wird bedingt durch die Beziehungen, welche zur Zeit der Einstellung und der Fixirung des Kopfes auf dem Beckeneingange zwischen den Axen des Uterus, des kindlichen Rumpfes, des Kopfes und des Beckens bestehen.

4. Bei Erstgebärenden wird im allgemeinen häufiger die Hinterscheitelbein-, bei Mehrgebärenden die Vorderscheitelbeineinstellung beobachtet.

5. Keiner dieser drei Einstellungsmodi zeigt eine schlechtere Prognose als der andere. Dieselbe hängt nicht von der Einstellung als solcher. sondern von den gegenseitigen Beziehungen zwischen den vier in Betracht kommenden Axen ab (Axen des Uterus, des Rumpfes, des Kopfes und des Beckens).

6. Die Hinterscheitelbeineinstellung ist weit davon entfernt, an sich eine abnorme und pathologische zu sein. Sie ist im Gegenteil ein weit häufigeres Vorkommnis, als man bis dahin angenommen hat. Nimmt man die Fälle aus, bei denen diese Einstellung mit einer Anteflexion des Uterus verbunden ist, so vollzieht sich der Eintritt ebenso leicht und ohne mehr Schwierigkeit, als wenn der Kopf sich auf den Beckeneingang in Naegele'scher Obliquität oder in Synclitismus einstellt.

7. Die Verschiebung der Scheitelbeine in der Sagittalnaht, wenn vorhanden, ist immer durchaus charakteristisch für die besondere Art der Kopfeinstellung und des Eintrittsmechanismus in einem gegebenen Falle und kann somit, wie es Olshausen gezeigt hat, zur nachträglichen Diagnose der Schädeleinstellung verwertet werden.



D[r] R. Stierlin, Winterthur :

Ueber Darmocclusion. Kasuistisches und Kritisches.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 13, 1901, pag. 400 und Nr. 14, 1901, pag. 441.)

Stierlin sucht den Ursachen der vielen Misserfolge bei Darmocclusion nachzuspüren ; das dazu benützte Material entstammt zum kleinern Teile seiner frühern Privatpraxis in Flawil und zum grösseren Teile seiner Thätigkeit als *Chefarzt des Kantonsspitals in Winterthur.* — Unter den Kranken mit Darmocclusion gibt es nun freilich zunächst eine Anzahl, die unter allen Umständen dem Tode verfallen sind ; dahin gehören :

1. *Maligne Neubildungen* am Darm, die ihres Sitzes oder ihrer Ausdehnung wegen nicht operabel sind und 2. *Innere Incarcerationen* mit foudroyantem Verlauf. *Ein hieher gehöriger erster Fall* wird mitgeteilt und mit einer Illustration von Sekundararzt D[r] Barth versehen (Fig. 21).

Ein mächtiges Convolut von Darmschlingen ist an der Basis durch den sehr langen Processus vermiformis umschnürt, dessen Spitze schneckenartig eingerollt und mit den Basalteilen verwachsen war. — 20 Stunden nach den ersten Erscheinungen ist das 191 cm. lange, strangulierte Darmstück brandig, so dass nur die Resektion desselben in Frage kommen konnte. Leider vermochte sie die durch Vergiftung mit septischen Stoffen bedingte Herzlähmung nicht mehr aufzuhalten.

Bei einem zweiten Falle handelte es sich um einen *Obturationsileus*, infolge einer, durch maligne Neubildung sich steigernden Stenose ; eine Palliativoperation (Enterostomie, Colostomie) blieb nutzlos, weil das Neoplasma den Darmkanal an zwei verschiedenen Stellen stenosierte.

In einem dritten Falle verlängerte eine bei Zeiten ausgeführte Colostomie dem Patienten das Leben.

Sehr wesentlich ist es die Darmfistel zu einem Zeitpunkte anzulegen, *wo der Darm noch nicht gelähmt ist* ; so war die Darmlähmung augenscheinlich die Todesursache in einem *vierten zur Beobachtung gekommenen Falle.* Obschon bei der Aufnahme noch nicht vollständig, war doch die Paralyse der Darmmuskulatur schon so weit vorgeschritten, dass keine ausgiebige Entleerung mehr stattfinden konnte.

Die bis jetzt mitgeteilten vier Beobachtungen bilden *eine erste Gruppe von Ileusformen,* an denen unsere Heilbestrebungen ein für alle Mal

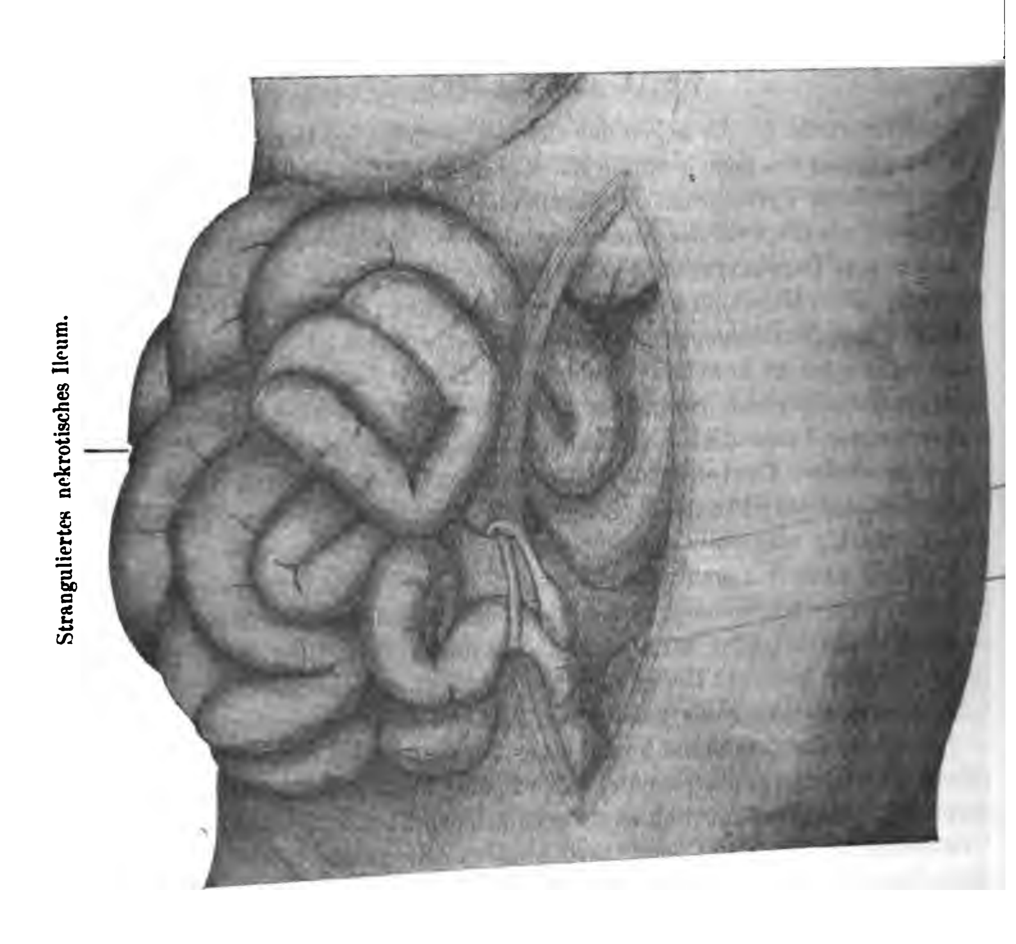


Fig. 21.

machtlos abprallen werden, abgesehen natürlich von den Fällen, die einer Palliativoperation zugänglich sind.

Stierlin vereinigt nun zu einer *zweiten Gruppe* die Fälle, wo sich nach Bauchschnitten in unmittelbarem Anschluss an die Operation Darmverschluss ausbildet, d. h. das Bild des *postoperativen Ileus,* herbeigeführt durch Adhäsionen und Abknickungen von Darmschlingen.

Fall 5. Herniotomie; Darmresektion; Endanastomose mittelst Murphyknopf; Erscheinungen von Darmverschluss; nochmalige Laparotomie; die Stelle der Darmnaht war in der Gegend des Schenkelkanales adhærent, die betreffende Darmschlinge dadurch spitzwinklig abgeknickt und deren Schenkel auf eine längere Strecke mit einander verlötet. Von septischer Peritonitis keine Spur. Beim Bestreben die Adhæsion zu lösen, riss die Nahtstelle ein, etc., etc.

Exitus. — *Epikritisch* bemerkt Stierlin zu diesem Falle, dass man nicht berechtigt sei, den Murphyknopf allein an dem Zustandekommen der Verwachsung und Knickung verantwortlich zu machen, hat doch Hofmeister bei systematischer Anwendung seitlicher Anastomose ohne Knopf, ebenfalls einige Pat. an *Knickungsileus* verloren; auf *Eines* aber wird er, wie Hofmeister es thut, künftig sorgfällig achten, nämlich die die Anastomose tragende Schlinge weit in die Bauchhöhle zurückzuschieben und in leicht gestreckte Stellung zu bringen.

Die Entstehung der postoperativen Darmocclusion ist aber keineswegs an einen Eingriff am Darm selber gebunden; wir begegnen ja dieser Komplikation auch nach Ovariotomien, nach Myomektomien u. s. w. sogar relativ häufig.

Bei gynækologischen Operationen wendete man prophylaktisch die Trendelenburg'sche Lage an, so dass man den Darm womöglich gar nicht zu berühren brauchte.

Wenn nun aber trotz alledem die gefürchteten Erscheinungen schwerer Kotstauung auftreten? Dann sollen nach Reichel Magenspülungen gemacht und Opium verabreicht werden. Misslingt dieser Versuch, so soll man ohne Aufschub das Abdomen wieder eröffnen und die manuelle Lösung der vorhandenen Verlötung vornehmen. Die gelösten Verklebungen haben aber die leidige Tendenz, sofort wieder zu verlöten und das Recidiv ist da. Um dieser Fatalität vorzubeugen, *sieht* Stierlin *in der Enteroanastomose das einzige Mittel.* Die Verlötungen fordern ja zur Anastomose geradezu auf; sie haben dem ersten Akt des Eingriffes gewissermassen schon vorgearbeitet.

« *Von der Enteroanastomose sollte also in entsprechenden Fällen von Ileus postoperativus ein ausgiebiger Gebrauch gemacht werden. Dann dürfte es entschieden gelingen, eine Reihe von Patienten zu retten.*

Fall 6 illustriert die Thatsache, dass der Verwachsungen zu viele sein können, so dass von einer Anastomose nicht mehr die Rede sein kann.

Fall 7, 8 und 9 haben das Gemeinsame, dass es bei ihnen für einen operativen Eingriff entschieden zu spät war. Alle drei Kranken hätten aber mit grosser Wahrscheinlichkeit geheilt werden können, wenn ihnen chirurgische Hülfe bei Zeiten zu Teil geworden wäre. *Besonders lehrreich ist der letzte, der neunte Fall.*

Es betrifft eine Patientin mit einem Spätfall von postoperativem Ileus; denn der Verwachsungstrang, der schliesslich zum tötlichen Darmverschluss führte, war die direkte Folge des drei Jahre vorher wegen Uterusruptur ausgeführten Bauchschnittes. —

Woran liegt es, dass der richtige Zeitpunkt für die Operation so oft versäumt wird und wie kann in Zukunft hier Abhülfe geschaffen werden?

Häufig genug will der Patient von Spital und Operation nichts wissen; ernstliches Zureden von Seiten des Arztes würde aber nicht selten helfen; vor allem darf man bei Darmocclusion dem Patienten die Gefahr des Eingriffes nicht gar zu gross schildern. Ein wunder Punkt für den Arzt ist die specielle *Diagnose : Strangulation, Torsion, Invagination*, Obturation oder Kotstase.*

Giebt es Anhaltspunkte, welche Schlüsse auf die Natur des Darmverschlusses erlauben ?

Leicht zu diagnostizieren sind *Darmobstruktionen durch Neubildungen* des Mastdarmes oder des S. Romanum, wenn sie entweder der Digitalexploration zugänglich sind, oder wenn der bekannte *Symptomenkomplex:* häufiger, schmerzhafter Stuhldrang, mit ganz geringen Entleerungen von Schleim und *frischem* Blut, der Occlusion längere Zeit vorangegangen ist; umgekehrt gehören aber Diagnosen latent sich entwickelnder, hochsitzender Darmcarcinome zu den Allerschwierigsten.

Torsionen und speziell Volvulus cœci hat uns Zœge-v. Manteuffel erkennen gelehrt (Samml. klin. Vort. IV. F. Nr. 260, 1899.); lokaler Meteorismus einer übermässig geblähten Schlinge.

* Siehe auch Dr. C. Brunner (Münsterlingen): Ein Beitrag zur Chirurgie und pathologischen Anatomie der Darminvagination. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XXV. Heft 2.

Ein ganz beträchtliches Kontingent zum *Strangulationsileus* liefern die Fälle von Strangbildungen, Adhæsionen, Verknäuelungen von Darmschlingen, wie sie sich gar häufig nach Operationen oder entzündlichen Prozessen im Bauchraum : Appendicitis, Cholecystitis, Ulcus ventriculi, Peritonitis tuberculosa, puerperale Erkankungen, Adnexentzündungen, etc., entwickeln. Hier pflegt die *Anamnese* die wichtigsten Anhaltspunkte zu geben, so wichtige, dass dagegen ein unsicheres Resultat der Untersuchung kaum in Betracht kommt. Es giebt allerdings eine ganze Anzahl von durch Strangbildung verursachten Ileusfällen, wo die Anamnese vollständig im Stiche lässt. *Invaginationen* verraten sich nach SCHLANGE (Volkm. Vortr. Nr. 101) meist durch akuten Beginn, Abgang von Blut und Schleim per anum, Tenesmen und eine walzenförmige Geschwulst, deren einer Pol frei beweglich, deren anderer gegen die Radix mesenterii fixiert ist.

Folgen zwei Fälle (10 und 11), bei denen nur die Thatsache einer mehr oder weniger schweren Kotstauung zu registrieren war. Gar nicht selten wird auch die rechtzeitige Operation eines Darmverschlusses deshalb unterlassen, weil das Krankheitsbild der Occlusion von Anfang an mit einem andern, namentlich mit dem der septischen Peritonitis, verwechselt wurde. *Fall 12* gehört hieher, aus dem STIERLIN die Lehre zieht, auch bei anscheinend verzweifelter Lage noch einen Bauchschnitt zu wagen und ihn da vor allem nie zu unterlassen, wo in ähnlicher Situa tion unumschränkte Kompetenz des Handelns zusteht.

Eine ungemein grosse Gefahr bei Operationen wegen Darmverschluss und wegen Peritonitis bildet nach der Ansicht STIERLINS die *Narkose,* die ein herzschädigendes Moment darstellt *(Fall 13).* Folgt zum Schluss ein ziemlich vereinzelt dastehender Fall :

Der Pat. bedarf einer Cœcalfistel als Abzugsventil für Darmgase. Sobald diese nicht entweichen können und eine Blähung des Colon bewirken, ist die Unterbrechung der Darmpassage da, während durch den nicht meteoristischen Dickdarm die Contenta ziemlich ungestört bis zum natürlichen Ende des Darmkanals wandern

STIERLIN fasst die gewonnenen Resultate der äusserst interessanten Untersuchungen in folgende Thesen zusammen :

« *1. Ein Teil der Patienten mit Darmocclusion ist unter allen Umständen als verloren anzusehen. Ich rechne dahin ausgedehnte Strangulationen mit perakutem Verlauf, gewisse Formen von malignen Tumoren und endlich auch ausgedehnte, sehr complicirte Verwachsungen der Därme*

untereinander, welche sich weder entwirren, noch durch eine Enteroanastomose unschädlich machen lassen.

2. Ein grosses, vielleicht das grösste Kontingent der letal endigenden Fälle von Darmocclusion liefern die Kranken, welche **zu spät** *einer chirurgischen Behandlung teilhaftig werden. Hier kann die Zukunft bis zu einem gewissen Grade Wandel schaffen. Einesteils sind die Pat. nachdrücklich auf den Wert von Frühoperationen aufmerksam zu machen, andernteils muss der Arzt in jedem Einzelfalle die* **Art** *der Occlusion zu ergründen suchen, gerade so, wie wir heutzutage nicht mehr bei der Allgemein-Diagnose « Peritonitis » stehen bleiben dürfen, sondern jeweils ihre Ursache aufzudecken bestrebt sein müssen. Nur so werden wir den therapeutischen Indikationen gerecht werden.*

3. Wir verlieren nicht selten Fälle von Darmverschluss, weil wir das Krankheitsbild mit einem andern, meist dem der septischen Peritonitis, verwechseln. Diesen Fehler müssen wir dadurch unschädlich zu machen suchen, dass wir in zweifelhaften Fällen stets den Bauchschnitt ausführen.

4. Die Narkose ist bei allen Operationen wegen Darmverschluss (oder Peritonitis) sehr gefährlich. Durch weitgehende Einschränkung derselben dürfte sich manches Menschenleben retten lassen.

5. Fälle von Abknickungen des Darmes und Verwachsung der Knickungsschenkel unter einander, neigen ungemein stark zu Recidiven. Um diesen vorzubeugen, soll man — wo immer möglich — und das gilt vor allem für postoperativen Ileus — sich nicht mit der Lösung der Verklebungen begnügen, sondern eine Enteroanastomose hinzufügen. Eventuell braucht man dann die Verklebung überhaupt nicht zu lösen.

Dr F. Suter, Basel:

Ueber Urotropin.*

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, 1901, pag. 37.)

Auf Grund einlässlicher experimenteller Untersuchungen werden von Suter die Indikationen des Urotropins besprochen; da dieses neben

* Bei der immer eingehenderen Berücksichtigung, die die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase (inclusive Harnleiter und Niere) von Seiten der Gynæcologen erfahren, ist es gewiss von höchstem Interesse, die Neuerungen auf dem Gebiete der medikamentösen Behandlung nicht ausser Acht zu lassen. Aus diesem Grunde wurde die detaillirte, gewissenhafte Suter'sche Publication an dieser Stelle ebenfalls referirt.

harnsäure-lösenden Eigenschaften auch die Fäulnis des Urins hintanhält, so ist es indiciert:

1. *Bei chirurgischer Behandlung der Harnwege:* Katheterismus, Cystotomie; Lithotripsie; Bottinische Operation; Einlegen von Verweilkatheter, Sondirungen u. s. w.

2. *Bei Bakteriurie:* Typhus.

3. *Bei Cystitis.* Man darf hier vom Urotropin nicht zu viel verlangen, da ja die Cystitis nicht sowohl eine Erkrankung des Urins, als viel mehr eine solche der Blasenwand ist; das gilt vor allem für Tuberkulose (höchstens wäre es bei Sekundärinfektion indiciert) und für Fälle von Pyelonephritis und bei Gonorrhoe. Im allgemeinen sind Formen mit alkalischem Urin, die durch Streptococcen, Staphylococcen, Proteus Hauser verursacht werden, der Urotropinwirkung zugänglicher als Formen mit saurem Urin, wie z. B. Colicystitis.

4. *Bei stinkendem Urin:* Residualharn, Strikturkranke.

5. *Bei Cystitisformen mit saurem Urin:* man erlebt manchmal unerwartete Erfolge.

Betreffs der *Dosis* ist es, wie Heubner ausdrücklich betont, wochenlang bei Erwachsenen bis zu 1-1 $^1/_2$ gr. täglich zu verordnen.

Die besten therapeutischen Erfolge erzielt man mit Urotropin bei der ammoniakalischen Harngährung; es ist aber auch in allen andern Fällen den übrigen Harnantisepticis vorzuziehen, sobald die Verabreichung eines solchen aus prophylaktischen oder curativen Gründen angemessen erscheint. Ein vollständiges Litteraturverzeichnis ist beigegeben.

Prof. Dr E. Tavel, Bern:

Durchwanderungs-Peritonitis.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Nr. 20, 1901, pag. 642.)

Die Entstehung der Peritonitis wurde bereits mit Dr Lanz* in extenso behandelt; die Infektions- und Entzündungswege sind sehr verschieden und können in folgende Hauptformen eingeteilt werden:

I. *Die Peritonitiden hæmatogenen Ursprungs;*

* Tavel und Lanz: Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Mitteilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. I. Reihe. 1. Heft.

II. *Die direkten* (Péritonite par propagation; TUFFIER und LOISON) *von einem Nachbarorgan aus übergreifenden Peritonitiden.*

a. Peritonitiden die einer *Perforation* ihr Entstehen verdanken.

b. Peritonitiden die *ohne Perforation* auftreten.

α) Die bakteriellen Formen.

β) Die chemischen Formen.

Die Existenz einer einfachen Durchwanderungs-Peritonitis ist zwar theoretisch angenommen, klinisch jedoch auf Grund genau beobachteter Fälle noch nicht genügend begründet worden. Es wird im weiteren nur auf die vom Darm aus entstehenden Peritonitiden eingegangen. Klinisch konnten die Bedingungen, unter welchen die Darmwand für Bakterien durchlässig wird, nicht immer festgestellt werden und auch der Nachweis des zweiten vorauszusetzenden Momentes der Durchwanderungs-Peritonitis, das Wachstum der in die Peritonealhöhle eingewanderten Bakterien, stiess auf Schwierigkeiten; jedenfalls muss eine grosse Menge von Bakterien inokuliert werden, um eine Vermehrung derselben in der normalen Peritonealhöhle herbeizuführen. Die Versuche von ARND* beim Darm, von WALTHARD** beim Uterus, zeigen hingegen, dass bei einem *lädierten Peritoneum* eine Durch- oder Einwanderung von relativ wenig Bakterien von einer allgemeinen Peritonitis gefolgt werden kann. Bei diesen Versuchen handelt es sich aber um anatomische, durch direkte Einwirkung chemischer oder physikalischer Agentien bedingte Läsionen, Momente, die bei der Durchwanderungs-Peritonitis nicht vorausgesetzt werden können; hier ist der Mechanismus der Prädisposition ein komplizierterer; es kommen wohl hauptsächlich Faktoren *funktioneller Natur* hinzu; eine Annahme, die zu Eingriffen bei einer Durchwanderungs-Peritonitis auffordert. — Es wird des weiteren ein wichtiger Fall mitgeteilt, der beweist, dass die Ausgangspunkte, die für die Annahme der letzteren nötig sind, experimentell oder klinisch gestützt werden; es wird im folgenden der Vorgang durch die Wiedergabe von einigen Fällen in den verschiedenen Stadien der Erkrankung näher präcisiert:

Fall 1. *Hernia cruralis incarcerata. Reductio incompleta;* dieser Fall

* ARND: Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen. Mitteilungen aus Klin. und med. Instituten der Schweiz. I. Reihe. 4. Heft.

** WALTHARD: Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der eitrigen Peritonitis nach Laparotomie.

illustriert das erste Stadium, den Ileus, die Diffusion von toxischen Produkten, den Erguss ohne Bakteriendurchwanderung.

Fall 2. *Hernia inguinalis incarcerata;* dieser Fall zeigt, dass die Durchwanderung in einem relativ frühen Stadium erfolgen kann und dass es nicht notwendigerweise entzündliche Erscheinungen seitens des Darmes oder des Transsudats sind, die dieselbe bedingen.

Fall 3. *Invaginatio ilei;* der dritte Fall demonstriert die Thatsache, dass auch länger dauernde Operationen von einem Peritoneum vertragen werden können, in welches Bakterien eingewandert sind, wenn dasselbe nur nicht weiter geschädigt ist.

In den folgenden drei weiteren Fällen sehen wir schon alle Zeichen einer ausgesprochenen Peritonitis:

Fall 4. *Recidivierende Perityphlitis: Ileus durch Adhäsion und Knickung.* Dieser Fall, obgleich letal endigend, zeigt, dass eine schon sehr weit vorgeschrittene, diffuse, chemische Peritonitis, trotz Durchwanderung von Bakterien, noch vollständig zurückgehen kann.

Fall 5. *Peritonitis nach Ileus infolge eingeklemmter (angeborener?) Zwerchfellhernie der linken Flexura coli.*

Fall 6. *Hernia retroperitonealis incarcerata. — Peritonitis: Laparotomie — Reposition — Fortdauern der Peritonitis — Tod.* Fall 5 und 6 stellen das Stadium der Durchwanderungsperitonitis dar, wo die Peritonitis schon bakterieller Natur ist und durch unsere Massnahmen wohl nur selten beeinflusst werden kann.

Fall 7. *Coli-Peritonis.* Während in sämmtlichen anderen Fällen, als Ursache der Durchwanderung ein mechanischer Grund gefunden werden konnte, zeigt dieser Fall, dass auch unter Umständen eine katarrhalische Veränderung der Schleimhaut, ohne Circulationsstörung des Darminhalts, genügt, um eine Durchwanderung zu verursachen und zu einer tötlichen Peritonitis zu führen.

Diese Beobachtungen dienen uns als Wegweiser bei unsern operativen Eingriffen in der Peritonealhöhle.

Tavel tritt zum Schlusse warm für die «*feuchte Asepsis*» ein; «in gewissen Händen scheint allerdings die «*trockene Asepsis*» auch gute Resultate zu liefern; es mag das bei Operateuren der Fall sein, die ausserordentlich rasch arbeiten und so dem Bauchfell nicht Zeit lassen, den Nachteil der Methode zu fühlen. Für diejenigen aber, die mehr Gewicht auf ein *genaues*, als auf ein rasches Operiren legen, kann die trockene Asepsis nur von ungünstigen Resultaten begleitet sein.»



Prof. TAVEL und Dr. KRUMBEIN:

Ueber Streptococcenserumtherapie.

Aus dem schweiz. Serum- und Impf-Institut zu Bern.

(Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 8, 1901, pag. 239.)

MARMOREK glaubte im Jahre 1895 ein Antistreptococcenserum gefunden zu haben, über dessen Wirksamkeit beim Menschen sehr bald Mitteilungen publicirt wurden; die Folgezeit sprach aber diesem Serum nicht nur die curative, sondern auch jede prophylaktische Kraft ab: immerhin hatte die ganze Arbeit MARMOREK's doch die Erkenntnis gezeitigt, dass es nöthig sei, die zu immunisirenden Tiere mit mehreren Streptococcenarten zu behandeln *(polyvalentes Serum)*. Das nach dieser Auffassung von DENYS und seinen Schülern hergestellte Serum war aber praktisch noch nicht verwertbar, da es den grossen Fehler hatte, von Streptococcenarten zu stammen, die nach MARMOREK'schem Beispiel infolge Tierpassage thierpathogen gemacht worden waren. Um auch diese Fehlerquelle auszuschalten, kamen TAVEL und KRUMBEIN auf die Idee, nur Streptococcen zu verwenden, die von Menschen stammen und zwar in möglichst grosser Anzahl von Varietäten etc.

Die Erfolge von 13 mit dem TAVEL-KRUMBEIN'*schen Serum* behandelten Fällen werden nun mitgeteilt; uns interessirt hier nur der *geburtshülfliche Fall 9:*

«Im Juni 1900 leitete Herr Dr. LANICCA in Bern bei einer Patientin die *künstliche Frühgeburt* ein. Dieselbe erfolgte normal, drei Tage später. Drei Tage nach der Geburt treten Temperatursteigerungen und Schüttelfröste auf, der Allgemeinzustand wird bedrohlich, das Lochialsekret ist jedoch nicht stinkend, die Parametrien sind frei. *Die bakteriologische Untersuchung ergiebt die Anwesenheit von Diplostreptococcen,* wie gewöhnlich bei Puerperalfieber. Auf Injektion von drei Dosen Streptococcenserum (zwei Dosen am ersten und eine Dose am zweiten Behandlungstage) bessert sich der Allgemeinzustand am dritten Tage sehr wesentlich, die Temperatur geht zur Norm zurück, der Puls wird besser und reduzirt sich in seiner Frequenz von 120 auf 74. Die Pat. konnte in kurzer Zeit als geheilt entlassen werden.»

Die erzielten Erfolge zeigen, dass das Streptococcenserum bei allen einschlägigen Erkrankungen angewendet werden sollte *.

Die am meisten zu empfehlende Art der Anwendung wäre am ersten Tag der Erkrankung zwei bis drei Dosen, event. lokal subcutan, und an jedem folgenden Tag eine Dosis, bis zur Entfieberung, resp. Heilung.

* Siehe diesen Jahrgang: WORMSER: Ein weiterer Fall von puerperaler Gangraen des Fusses.

Dr H. Vulliet, Lausanne: *

Analgesie vermittelst Cocainisierung des Rückenmarkes.

Analgésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne.
(Revue médicale de la Suisse romande, n° 11, pag. 655, 1901.)

Historischer Ueberblick.

I. Vulliet stellt sich in der vorliegenden Publication die Aufgabe, die Aerzte über den gegenwärtigen Stand der « Cocainisierung des Rückenmarkes » zu orientieren.

Die Bier'*sche Methode ist eine Ausnahms-Methode.*

II. *Technik der Rückenmarks-Cocainisierung.*

III. *Unzukömmlichkeiten und Gefahren der* Bier'*schen Methode:* sie ist an ein Segment unseres Körpers begrenzt; die Anasthesie kann ganz ausbleiben oder ungenügend sein. (Prof. Rapin hat allerdings mit vollem Erfolg eine vaginale Hysterectomie ausgeführt.)

Vulliet hat bei 70 eigenen Fällen 52 absolute Erfolge aufzuweisen; 6 mal war der Erfolg unvollständig und 8 mal Misserfolg; 4 mal technische Fehler.

Mittelbare und unmittelbare unglückliche Zufälle.

IV. *Symptomatologie der unmittelbaren und mittelbaren unglücklichen Zufälle.*

Bleiche Gesichtsfarbe; kalter Schweiss; Kopfschmerzen; Erbrechen; Pulsbeschleunigung, Zittern, sehr selten unwillkürlicher Stuhlabgang. In 70 Cocainisierungen wurden 17 mal die üblen Zufälle beobachtet. (Leguen hat zwei unmittelbare Todesfälle erlebt.) Gefühl von Schwere; einmal deutliche Symptome von Meningitis; ein andermal Herzschwäche, Syncope, schneller Puls, Peritonitis.

Bis jetzt kennen wir 5 Todesfälle, die der Biér'schen Methode zur Last zu legen sind; diese verteilen sich auf ca. 2500 Cocainisierungen; die Mortalitäts-Chiffre ist, mit derjenigen von Chloroform und Aether verglichen, als eine sehr hohe zu bezeichnen.

Cocainisierung 5 : 2500.
Chloroformisation 1 : 2800.
Aetherisation 1 : 7000.

* Siehe auch *Gynæc. Helv.* Erster Jahrgang; pag. 40, unten.

V. *Vorsichtsmassregeln zur Verhütung von üblen Zufällen.* Das Cocaïn soll soweit wie möglich unten im Rückenmarkskanal injiciert werden: dann soll der Pat. nach der Injection absolut ruhig sich verhalten, mit erhöhtem Oberkörper; Cocain soll in Glycerin injiciert werden.

VI. *Indicationen und Contraindicationen* sollen vorderhand nicht aufgestellt werden.

Derjenige, der Mittel und Wege angiebt, die BIER'sche Methode ungefährlich zu gestalten, darf mit Recht seinen Namen in einem Atemzuge mit demjenigen von BIER aussprechen.

Dr Edm. WORMSER, Basel:

Zur Frage nach dem Keimgehalt des Uterus in den späteren Tagen des normalen Wochenbettes.

Aus der Frauenklinik der Universität Basel.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Vierter Band. Erstes Heft, pag. 149, 1901.)

DŒDERLEIN, der die Frage nach dem Keimgehalt der puerperalen Uterushöhle als Erster bearbeitet hat, fand, dass das Cavum uteri während des normalen Wochenbettes in der Mehrzahl der Fälle steril sei. In jüngster Zeit haben BURKHARDT und FRANZ bei fieberlosen Wöchnerinnen die Gebärmutterhöhle keimhaltig gefunden, der eine in 24 von 28 Fällen, der andere sogar bei allen zehn von ihm untersuchten Frauen. DŒDERLEIN hat dann im Verein mit WINTERNITZ Nachuntersuchungen angestellt; unter 250 Fällen waren 207 mal (= 83 %) die Lochien steril. Angesichts dieser Widersprüche hat WORMSER es unternommen, durch eine Serie von Untersuchungen einen Beitrag zur Klärung der Frage zu bringen. *100 Frauen,* die ein normales Wochenbett durchgemacht hatten, wurden auf ihren Uterusinhalt am 11. oder 12. Tag bakteriologisch geprüft und dabei *84 mal ein positives Resultat* erhalten, das somit ganz mit dem Ergebnis von BURKHARDT stimmt, während es in krassem Gegensatz zu den von DŒDERLEIN und WINTERNITZ erhaltenen Zahlen steht. Es fragt sich nun, ob für diesen schroffen Gegensatz der Ergebnisse eine Erklärung gefunden werden kann. WORMSER ist allen Angaben der beiden letztern Autoren, betreffs Sekretentnahme, Wahl und Zubereitung der Nährböden, etc., getreulich gefolgt; nur in einem allerdings sehr wich-

tigen Punkte wich er ab: *in der Quantität des verimpften Materials;* auch BURKHARDT hat stets reichlich und womöglich mit Deciduafetzchen vermischtes Material verimpft, so dass er seine positiven Resultate sicher auch diesem Umstande zu danken hat. Aus den mitgeteilten Untersuchungen geht also hervor, dass *die Uterushöhle im normalen Spätwochenbett in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keimhaltig ist.*

Die Bevölkerung der Uterushöhle mit Mikroorganismen geschieht durch Ascendenz der Scheidenbakterien im Verlauf des Wochenbettes, welch letztere *durch Eihautretention, sowie Verletzungen der Geburtswege begünstigt wird.*

Was die *klinische Bedeutung* der WORMSER'schen Befunde anbetrifft, so ist vor allem zu erklären, dass sie für die bakteriologische Diagnostik des Puerperalfiebers nicht in Betracht kommen, da ja das letztere in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der ersten Woche nach der Geburt auftritt, wo die Uterushöhle normaler Weise steril sein soll.

Dr. E. WORMSER, Basel:

Nochmals zur puerperalen Gangræn der unteren Extremitäten.

Aus der Basler Frauenklinik.

(Centralblatt für Gynækologie. Nr. 4, pag. 110. 1901.)

WORMSER kommt noch einmal auf das bereits von ihm besprochene Thema* zurück, da ihm bei seinen Litteraturstudien einige Fälle entgangen und im weitern zwei Fälle aus der Würzburger-Frauenklinik hinzugekommen sind.

Im P. MÜLLER'schen Werke: « *Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen* » ist das Vorkommen der puerperalen Gangræn bereits kurz besprochen. P. MÜLLER citirt einen Fall von DUFLOCQ; dieser Letztere erwähnt dann noch zwei Fälle von Maurice RAYNAUD (symmetrische Gangræn bald nach der Geburt) und einen Fall im Lancet 1876 publicirt (Gangræn aller 4 Extremitäten und der Nase 6 Wochen post partum). Die DUFLOCQ'sche Beobachtung betrifft eine während der Schwangerschaft entstandene Gangræn;

* Vide Gynæc. Helvet. Erster Jahrgang, pag. 56: WORMSER, « Ueber spontane Gangræn der Beine im Wochenbette. »



ebenso verhält es sich mit 2 weitern von P. MÜLLER citirten Fällen, der eine von J. B. SWAYNE, der andere aus der Sammlung von HEYMANS, sowie einer aus der *Berner*-Klinik stammenden Beobachtung:

34jährige Erstgebärende. Vor 12 Jahren Unterschenkelgeschwüre rechts. Vor acht Wochen Schüttelfrost, Fieber. Nach acht Tagen neuer Frost. Schmerzen im rechten Beine; allmählige Entwicklung scharf umschriebener gangrænöser Stellen am Fusse und Unterschenkel. In diesem Zustande Aufnahme in die Klinik und Entbindung durch die Zange. Wochenbett fieberhaft. Exitus am 4. Tage. Section ergab ausser einigen alten, dünnen Thromben in den Muskelvenen der Wade, keine Thromben der grossen Venen.

WORMSER hat einen ähnlichen, an der *Basler chirurg. Klinik* zur Amputation gekommenen Fall, von symmetrischer Gangræn beider Füsse bei bestehendem Vitium cordis und Schwangerschaft im 4. Monate (spontane Frühgeburt im 8. Monate, Genesung) deshalb nicht in seinem ersten Aufsatze erwähnt, weil in all diesen Fällen Schwangerschaft und Gangræn sich wohl nur *zufällig* kompliciren, während bei der, in direktem Anschlusse an das Wochenbett auftretenden Affection, meist ein *kausaler* Zusammenhang besteht.

Bemerkung: Die beiden Fälle aus der Würzburger-Klinik von Dr. G. BURCKHARD veröffentlicht, gehören in das Gebiet der « *Gangræn der untern Extremitäten im Wochenbette.* » Durch den ersten Fall wäre bezüglich der Aetiologie ein neues Moment gegeben, indem durch Druck von Seiten eines Blutergusses in das Parametrium eine Circulationsstörung der untern Extremität der betreffenden Seite bedingt und dadurch eine gewisse Disposition zur Thrombenbildung geschaffen sein konnte.

Dr. E. WORMSER, Basel:

Ein weiterer Fall von puerperaler Gangræn des Fusses.

Aus dem Frauenspital in Basel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 17, pag. 545, 1901.)

Es handelt sich um einen neuen Fall puerperaler Gangræn, dessen Krankengeschichte detaillirt mitgeteilt wird. *Resumirt* lautet diese letztere nach WORMSER folgendermassen:

« Drei Wochen vor Beginn der Geburt entwickelt sich eine Bursitis præpatellaris. Bei der zweiten Punktion durch den Arzt erweist sich der Inhalt als Eiter. Pat fiebert dabei nicht unerheblich. Unter diesen Verhältnissen wird sie in die Anstalt gebracht, wo das Knie, das zwei lose verklebte Fistelöffnungen zeigt, durch einen Occlusivverband abgeschlossen wird. Temperatur bei der Aufnahme 38.6°. Noch am selben Tag erfolgt die Geburt; während derselben einmalige, innerliche Untersuchung

mit sterilem Gummihandschuh. Am Abend des gleichen Tages ist die Temperatur 38.7°, sie bleibt in dieser Höhe mit Schwankungen nach oben und unten. Zeichen von Bronchitis und Diarrhœen. 3 Tage post partum wird aus dem Uterus ein grosses, faulig riechendes Gerinnsel entfernt; nachher intrauterine Spülung; zugleich wird der præpatellare Abscess gespalten, der übrigens, offen weiter behandelt, rasch ausheilt. Tags darauf Fieber gestiegen; es wird nochmals der Uterus kontrollirt; einige übelriechende Gerinnsel werden entfernt; an der Placentarstelle, die sehr grobhöckerig ist. sitzen halbgelöste Fetzen, die mit der Curette vorsichtig abgeschabt werden. Am 12. Tage p. part. treten die ersten Zeichen einer beginnenden Gangræn des linken Fusses auf, die sich in den nächsten Tagen deutlich ausprägt, aber nicht Zeit hat, sich zu demarkiren, da schon nach 2 1/2 Tagen der Exitus letalis erfolgt. Die entsprechenden Symptome am rechten Fuss hatten sich nicht so weit ausgebildet, dass man auch da von Gangræn sprechen könnte.

Die Autopsie bestätigt die klinische Diagnose der allgemeinen Streptococcen-Sepsis, die wir aus den Frösten, dem Fieber, der Pulsbeschaffenheit, der Schwellung des Handgelenkes und dem bakteriologischen Befund der Lochien gestellt hatten, ergab des weiteren als Ursache der Gangræn die Thrombose fast sämmtlicher Wurzelvenen des ergriffenen Gebietes, während das arterielle System ganz frei gefunden wurde, und führte noch zur Entdeckung der intra Vitam nicht erkennbaren Vereiterung der Symphyse. »

Eingangspforte der Streptococcen? Eine Verschleppung des Eiters vom Knie bis zu den Genitalien vor der Geburt durch die Hände der Patientin ist sehr wahrscheinlich. Eine endogene Infektion scheint ausgeschlossen zu sein. Dass das Endometrium thatsächlich die *Eingangspforte* für die Infektion war, beweist der Befund von Keimen, speciell von Streptococcen in den Thromben der Placentarstelle. — Die *Vereiterung der Symphyse* (Strepto- und Staphylococcen) muss als reine Metastase aufgefasst werden, zu einer Zeit, wo beide Keimarten nebeneinander im Blute zirculirten, während im weiteren Verlauf die Streptococcen die Oberhand gewannen und die anderen verdrängten.

Der vorliegende Fall bestätigt des weitern die schon von diversen Seiten und auch an der Basler Frauenklinik wiederholt gemachte Beobachtung, dass das *Antistreptococcen-Serum aus dem Berner Institut wohl einen Einfluss auf das septische Fieber, in den schweren Fällen aber keine Einwirkung auf den Heilungsprocess ausübt**.

Die *Gangræn des Fusses* kommt durch Unterbrechung des venösen oder des arteriellen Kreislaufes oder durch Combination der beiden

* Siehe diesen Jahrgang: Tavel-Krumbein: Ueber Streptococcenserumtherapie.

Formen zu Stande. Die letztere Eventualität ist weitaus die häufigste und war auch im ersten WORMSER'schen Falle vorhanden; am seltensten ist die ausschliessliche Beteiligung des venösen Gefässgebietes, wie in der eben mitgeteilten Beobachtung.

Aetiologisch handelt es sich hier (Blutgerinnungen in den kleinen Wurzelvenen) vielleicht um eine Alteration der Gefässendothelien durch die im Blut kreisenden Pilze oder ihre Produkte.

Schmerzen, livide Verfärbung, Herabsetzung der Temperatur und der Sensibilität sind die ersten *Symptome*.

Die Prognose quoad vitam ist gut in allen Fällen, die nicht auf allgemeiner Sepsis beruhen.

Die Therapie hat zunächst für möglichst günstige Cirkulationsverhältnisse zu sorgen (Herztonica, Hochlagerung des erkrankten Gliedes); sobald eine Demarcation sich eingestellt hat, ist zur Amputation des brandigen Gliedes zu schreiten; in rasch progredienten Fällen kann die Operation auch schon vorher in Frage kommen; sie gibt eine recht gute Prognose.

II

Dissertationen.

Dr A. von Babo, Heidelberg:

Ein Fall von kleincystischer Entartung beider Ovarien.

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Zürich.

(Druck von Georg Reimer, Berlin.)

Eine Litteraturübersicht leitet die Arbeit ein, aus welch' ersterer hervorgeht, dass die Frage, ob sich aus einem Graaf'schen Follikel Cysten bilden können, noch nicht endgiltig beantwortet ist. v. Babo untersuchte nun zwei kleincystisch entartete Ovarien aus dem patholog. Institute in Zürich (Prof. Ribbert) und da sich die Entstehung der Cysten auf die Graaf'schen Follikel nicht zurückführen liess, so legte sich v. B. die Frage vor, ob eine cystische Entartung des Ovariums nicht ihren Ursprung in den Zellensträngen (Marksträngen) haben könnte, die als Reste der Urniere im Ovarium existieren.

Die Frage war um so gerechtfertigter, als Dr Bühler (Anatomisches Institut Zürich) schon vor einigen Jahren beim Fuchs und bei einem neunmonatlichen menschlichen Embryo nachgewiesen hatte, dass Zellenstränge (Reste vom Wolff'schen Körper), auch Markstränge genannt, nicht nur bis in den Hilus, sondern bis in die inneren Partien der Rindenschicht des Ovariums reichen*.

*Siehe auch Dr Wichser: Ueber Urnierreste in den Adnexen des menschlichen Uterus, Gyn. Helv. I. Jahrg., pag. 91, und O. von Franqué: Ueber Urnierenreste im Ovarium, zugleich ein Beitrag zur Genese der Cystoiden-Gebilde in der Umgebung der Tube. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. 38, Heft 3, 1898.)

Die aus sämmtlichen von v. B. angefertigten mikroskopischen Schnitten gewonnenen Ergebnisse ergaben, « dass die Ovarien (eine mikroskopische Abbildung ist beigegeben) von einem ganzen Kanalsystem durchzogen sein müssen, welches sich verhältnismässig ziemlich gleich stark in allen Teilen der Ovarien ausgebildet hatte. Aus diesem Kanalsystem haben sich die zahllosen Cysten und Cystchen durch ampullenartige Ausbuchtungen und Erweiterungen ausgebildet. » v. BABO nimmt an, « *dass diese Kanal- und Cystenbildung aus den Urnierenresten hervorgegangen ist* » dafür beweisend ist mir einerseits das Verhalten des Epithels; *denn Flimmerepithel kommt in den Urnierenkanälchen vor, aber nicht in Follikeln;* andererseits spricht für diese Annahme die Tatsache, *dass die Cysten keine eigene bindegewebige Wandung besitzen,* sondern direkt an das, sie umgebende, Ovarialgewebe grenzen. »

« *Verschiedentlich fand ich in den Urnierenresten Zeichen von aktiver Proliferation vor.* » v. BABO fasst das Ergebnis der angestellten Untersuchungen in folgendem Satz kurz zusammen:

« *Es giebt eine kleincystische Degeneration der Ovarien, die nicht, wie bisher im Allgemeinen angenommen worden war, nur auf Entartung der Follikel beruht, sondern die ihre Entstehung auf Urnierenreste zurückführen lässt.* »

D[r] H. BÄRLOCHER, St. Gallen:

Beiträge zur Kasuistik der Alexander-Adam'schen Operation aus der Frauenklinik in Zürich.

(Haller'sche Buchdruckerei, Bern.)

Die Alexander-Adam'sche Operation wurde seit Herbst 1897 in der WYDER'schen Universitätsfrauenklinik 141 mal ausgeführt. Die dabei befolgte *Technik* war etwa folgende:

Nach unten flach convexer Schnitt, von 10-12 cm., etwas oberhalb der Symphyse durch Haut, Unterhautfettgewebe bis auf die Aponeurose des Obliquus externus; Aufsuchen des Annulus inguinalis externus durch stumpfes Vorgehen; Spalten des Leistenkanals auf der Hohlsonde, etwa 1-2 cm. lang; Vorziehen der Ligamente, durchschnittlich 10-12 cm. weit; Rückschieben des Peritonealkegels; Fixieren der Ligamente in die tiefe Bauchdeckenschicht durch Catgutknopfnähte. Resection des peripheren Teils. Vernähung des Leistenkanals unter gleichzeitiger Fixierung des Ligaments durch 2-4 Catgutnähte. Versenkte fortlaufende Catgutnaht des Unterhautfettgewebes; fortlaufende Seidennaht der Haut.

Von den 141 operierten Fällen konnten 78 genauer verfolgt werden; dabei handelte es sich 35 mal (die sehr detaillierten Krankengeschichten sind beigegeben) um Retroflexio uteri mobilis ohne weitere Lageveränderungen der Genitalien. Ein Fall fällt ausser Betracht, da schon während der Operation das Operationsverfahren geändert wurde, indem man wegen zu dünnen Ligamenta rotunda zur Ventrofixation überging; von den übrigen 34 Patientinnen verliessen 30 die Anstalt als geheilt; 4 Patientinnen konnten nur gebessert entlassen werden, wenn auch ihr Uterus sich bei der Entlassung als normal anteflectiert erwies. Die an der Zürcher Universitätsfrauenklinik *gemachten Erfahrungen bezüglich der Dauerresultate* haben dazu geführt, die Indikationsstellung zur Radikaloperation möglichst strenge zu umschreiben. Da, wo dies gemacht wurde, d. h. *wo entweder durch vorhergehende Pessarbehandlung der Erfolg einer Anteflexion nachgewiesen war oder wo wenigstens jede andere Affektion, welche die Beschwerden hätte verursachen können, ausgeschlossen war, hatten die ausgeführten Operationen vollen therapeutischen Erfolg.*

Es wird nun der 36. Fall vorausgeschickt, wo neben einer Colpoperineoplastik bei retrovertiertem Uterus und totalem Vaginalprolaps die Alexander'sche Operation ausgeführt wurde in Verbindung mit der Radikaloperation einer linksseitigen Leistenhernie. Der Fall beweist (wie auch ein weiterer Fall der ersten Beobachtungsreihe), dass ein vollkommener therapeutischer Erfolg vorhanden sein kann, auch wenn nur eines der beiden Ligamente fixiert werden konnte. Folgen endlich 42 Fälle, die Retroflexiones uteri mit mehr oder minder hochgradig entwickeltem Prolapsus vaginæ aut uteri betreffen. 41 Frauen wurden vollkommen geheilt aus der Klinik entlassen; bei einer Einzigen hatte man einen ausgesprochenen Misserfolg zu konstatieren, indem die sehr dünnen Ligamente rissen und ihre Stümpfe nicht mehr aufgefunden werden konnten. — Der therapeutische Effekt ist in dieser zweiten Gruppe ein wesentlich grösserer, als in der ersten Gruppe der reinen Retroflexionen.

Man kann deshalb wohl sagen, dass *Alexanders Operation in Verbindung mit plastischen Scheiden- und Dammoperationen überall da angezeigt ist, wo sich mobile Retroflexion — mache sie nun an und für sich Symptome oder nicht — mit Prolapsus vaginæ aut uteri verbunden ist.* Verfasser giebt des Weiteren einige kritische Bemerkungen bezüglich der Operationstechnik und kommt dann auf die Fälle zu sprechen, in denen « post operationem » Conception eingetreten war. In 10 Fällen

war die Gravidität zur Zeit der Nachuntersuchung noch nicht zu Ende, nahm aber einen normalen Verlauf bis zum zweiten, fünften und sechsten Monat; zweimal trat dann Abort ein im dritten resp. zweiten Monat; doch hatten beide Frauen schon früher, die eine einmal, die andere mehrere Male abortiert. 5mal verlief der Partus am normalen Ende der Gravidität ohne irgend welchen nachteiligen Einfluss auf das Resultat der Alexander'schen Operation, während freilich dabei der Erfolg der Dammoperationen meist kompromititert wurde. Ein einziger Fall verlief unglücklich und vernichtete wieder den ganzen Erfolg der Operation; immerhin handelte es sich hier um einen Ausnahmsfall (Placenta prævia, mit verschiedenen schweren Eingriffen). — Aus den allerdings wenig zahlreichen Erfahrungen der Zürcher Frauenklinik ergiebt sich, dass *weder die Alexander'sche Fixation des Uterus den Erfolg nachfolgender Conception beeinträchtigt, noch umgekehrt, ein Partus auf eine durch Verkürzung der Ligamenta rotunda hergestelle Anteflexion nachteilig wirkt,* eine Thatsache, die übrigens aus einer ganzen Reihe bisher aufgestellter Statistiken (Alexander, Werth, Johnson, Mundé, Rumpf, Casati) hervorgeht und welche jedenfalls in dieser Beziehung der Alexander'schen Operation einen unbestreitbaren Vorrang vor allen andern Fixationsmethoden sichert. Zum Schlusse folgt die tabellarische Zusammenstellung der 78 näher beschriebenen Fälle.

Dr J. J. A. Bischoff, Basel:

Ueber Gonorrhoe im Wochenbett.

Aus der Basler Frauenklinik.

(Fr. Reinhardt, Universitäts-Buchdruckerei Basel. 1901.)

In einem *ersten Kapitel* der sehr fleissigen Arbeit wird die « *Litteratur* » zusammengestellt, aus welcher Zusammenstellung hervorgeht, dass die ersten Wochen des Puerperiums bei gonorrhoisch infizierten Frauen meist ohne schwerere Störungen zu verlaufen pflegen; in den späteren Wochen des Wochenbettes besteht eine Neigung zu entzündlichen Vorgängen an den Adnexen und am Beckenbauchfell. (Gonorrhoische Salpingitis-Pelveoperitonitis.) Mangelhafte Rückbildung des Uterus. Bereits einige Tage post partum findet eine starke Vermehrung der Gonococcen statt; die dürftigen Angaben über das Verhalten der Gonococcen im Gewebe beziehen sich auf das Eindringen der Pilze in die obersten Schichten der Decidua.

Weitere Untersuchungen hätten die Art der Ausbreitung des gonorrhoischen Prozesses während des Wochenbettes festzustellen; wenn wir des weiteren annehmen, dass für gewöhnlich in der letzten Zeit der Gravidität nur die Cervix Sitz der Gonorrhoe ist, so fragt es sich, wie oft nach Ausstossung des Eies ein Ueberspringen der Infektion auf das Endometrium vorkommt und ob dadurch bemerkbare Symptome veranlasst werden; ferner sind genauere mikroskopische Untersuchungen über das Verhalten der Keime in der Decidua nötig; endlich wäre die Aufmerksamkeit noch auf das Vorkommen von Mischinfektion mit Fäulniskeimen und septischen Bakterien, sowie darauf zu richten, ob frische Infektionen, die erst während der Gravidität stattfinden, im Puerperium ein anderes Verhalten darbieten, als die chronischen, welche schon vor der Conception bestanden haben.

In einem *zweiten und dritten Kapitel* folgt detailliert und in Tabellenform die Aufführung von 27 Krankengeschichten und in einem *vierten Abschnitte* wird resumiert:

I. Temperatur und Puls. Die Temperatur erweist sich in ungefähr der Hälfte der Fälle während der ersten 14 Tage des Wochenbettes normal und schwankt in regelmässigen Intervallen zwischen 36° am Morgen und 37° am Abend. In den ca. 50% der Fälle, wo es zu Fieber kommt, kann die Temperatur bis 40% steigen.

Der Puls bietet keine Besonderheiten und folgt der Temperatur in der gewöhnlichen Weise.

Schüttelfröste sind unter fünf fiebernden Fällen dreimal verzeichnet.

II. Genitalien: A. *Uterus.* Einen regelmässigen Einfluss der Gonorrhoe auf die Rückbildung liess sich nicht konstatieren, auch erhöhte Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit des Uterus konnte in der Regel nicht beobachtet werden. Die Lochialsecretion pflegt in verschiedenen Richtungen von der Norm abzuweichen; die Blutausscheidung ist häufig vermehrt und dauert länger; später haben die Lochien eitrige Beschaffenheit. (Vermehrung der Gonococcen gegen Ende der ersten Woche.) Bezüglich der *Mischinfektion* ist zu bemerken, dass im Beginn der Erkrankung und bei der Exacerbirung der Infektion die Gonococcen das Feld beherrschen; impft man solche Secrete aber auf Gelatine oder Agar, so wachsen sehr häufig Staphylococcen. Mischinfektionen mit septischen Keimen (Leopold) sind unter den 27 angeführten Beobachtungen nicht vorgekommen.

B. *Vagina und Vulva* bieten bei gonorrhoisch erkrankten Wöchnerinnen meisten nichts besonderes dar; Granulationen und spitze Condylome wurden nur in zwei Fällen beobachtet.

C. *Adnexe.* Ueber das Ascendieren der Gonorrhoe bei den berichteten 27 Frauen ist folgendes zu erwähnen: In 7 Fällen kam es zu einer Infektion der Tuben (25 %), es hatte die Gonorrhoe schon vor Beginn der Schwangerschaft bestanden.

Die interessante und an praktischen Gesichtspunkten reiche Arbeit schliesst mit einem *fünften Kapitel* ab, über:

Histologische Untersuchungen, aus denen hervorgeht (Schleimhaut eines puerperalen Uterus), dass der Gonococcenbefund demjenigen entspricht, wie er an andern Schleimhäuten etwa nach Ablauf des acutesten Stadiums beobachtet wird. Die Pilzwucherung ist eine vollständig oberflächliche, entweder auf die Epithelzellen oder auf die obersten Schichten des Bindegewebes beschränkte.

Dr A. Blunschy, Einsiedeln:

Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta in der Zürcher Universitätsfrauenklinik während der Jahre 1888-1900.

(Druck von Eberle und Rickenbach, Einsiedeln. 1901.)

Der grosse Wert der manuellen Placentarlösung einerseits und ihre Gefährlichkeit andererseits, hat Herrn Prof. Wyder veranlasst, sämtliche Fälle von künstlicher Nachgeburtslösung, die in der Zeit vom 1. Oktober 1888 bis 1. Januar 1901 ausgeführt werden mussten, der genaueren Durchsicht und Bearbeitung unterziehen zu lassen. Es wurden in Uebereinstimmung mit Gutmann und Heimbucher nur Geburten vom siebenten Schwangerschaftsmonate an berücksichtigt. Es kamen auf 9,453 Geburten 286 Placentarlösungen, gleich 3,02 %. Vergleicht man dieses Resultat mit demjenigen anderer Kliniken, so konstatiert man ein gewaltiges Schwanken in der Prozentzahl, während die Universität *München* nur 0,42 % aufweist, hat die Universität *Basel* 4,61 %, also fast zehnmal mehr. Ob diese gewaltigen Schwankungen in der verschiedenen Behandlung der Nachgeburtsperiode zu suchen sind, lässt sich schwer sagen. Wohl von Bedeutung in Anstalten, wo, wie in Zürich, der Direktor ausserhalb wohnt, ist der Umstand, dass die Assistenzärzte, die

fast jedes Jahr wechseln, eine verschiedene Aktivität besitzen, so dass die einen sehr bald, die andern später, die Indikation zur manuellen Lösung stellen.

Die Leitung der Nachgeburtsperiode wird an der WYDER'schen Klinik folgendermassen ausgeführt:

« Nach Geburt und Abnabelung des Kindes und nach eventueller Schliessung blutender Riss- und Quetschwunden wird die Halbentbundene auf eine reine Unterlage gelegt, der Uterus überwacht und wenn nötig durch leichtes Reiben und Secale für gute Contraction gesorgt. Nach Verlauf von 1 bis 1 1/2 Stunden, wenn die Placenta nicht spontan geboren wird, sucht man sie durch einen sanft ausgeführten « CREDÉ'schen Handgriff » zu exprimieren, der, falls er nicht wirkt, in Narkose nochmals wiederholt wird. Fruchtet er wieder nicht, so wird nach 1 1/2 bis 2 Stunden die Placenta manuell gelöst. (Es wird sich eventuell wohl auch nur um manuelle Entfernung gehandelt haben. Ref.)

Bei Blutungen und andern Umständen, welche eine Beschleunigung des Geburtsaktes verlangen, erfolgt sofortige manuelle Lösung und Entfernung, wenn der CREDÉ'sche Handgriff nicht zum Ziele geführt hat; ebenso wenn Placentarreste oder der grösste Teil der Eihäute zurückgeblieben sind. Kleinere retinierte Eihautreste werden nicht entfernt.

Gewöhnlich schon vor der manuellen Lösung injiciert man 1-2 Spritzen Ergotin und nach vollendeter Operation appliziert man eine heisse (40°) intrauterine Ausspülung mit 1 % Lysol- resp. 3 ‰ Salicyllösung. Sollte eventuell die Blutung noch nicht stehen, so schreitet man zur Utero-Vaginaltamponade.

Es ist also die an der *Zürcher Klinik* befolgte Methode weder diejenige von AHLFELD und SCHAUTA, noch die von CREDÉ, sondern eine Combination beider.

Indikationen zur Placentarlösung. Als *erste und wichtigste Indikation* gelten an der *Zürcher Universitätsklinik* die *Blutungen* und zwar sind es meist schwere, das Leben gefährdende Blutungen.

Eine *zweite Indikation* bildet die Retention von Placentarresten.

Als *dritte Indikation* gilt die allzulange Retention der Placenta. Nach 1 1/2–2 Stunden « Zuwarten » wird, wenn auch keine Blutung erfolgt, zur manuellen Lösung der Placenta geschritten.

Die Hauptursache der Placentarretention ist 1) die « *Wehenschwäche*; » 2) das Festhalten der Placenta und der Eihäute bei guten Wehen in-

folge Adhärenz an der Uteruswand*; 3) das Festhalten der Placenta und Eihäute bei guten Wehen infolge abnormen Baues der Placenta: 4) das Zusammenziehen des inneren Muttermundes resp. des Kontraktionsringes und Einklemmung der Placenta und endlich 5) Placenta prævia centralis und lateralis.

Prognose der manuellen Placentarlösung.

Ueber die neuesten Resultate gibt uns die von Eisenberg entworfene Tabelle (1900), bezüglich der Mortalität nach manueller Lösung der Placenta, Aufschluss:

Anstalt.	Zahl der manuellen Placentarlösungen.	Todesfälle.	°/₀
München	22	4	18
Erlangen	5	1	20
Braun (Wien)	19	2	10
Würzburg	17	4	23
Berlin (Universitäts-F. K.)	30	4	13,3
Jena	47	3	6,3
Königsberg	32	4	12,5
Basel	136	3	2,2
Bonn	31	7	22

An der *Zürcher-Klinik* kommen auf 286 Fälle nur 9 Todesfälle = 3,2 °/₀, wovon 2 = 0,69 °/₀ an Sepsis, in 6 Fällen erfolgte trotz Placentarlösung der Tod an acuter Anæmie, in einem weiteren Fall 12 Stunden post portum an Eklampsie.

* Siehe *A. Nordmann: Zur Frage der Placentaradhaerenz* unter « Veröffentlichte Originalarbeiten », dieser Jahrgang, pag. 66.

Dr R. von Fellenberg, Bern:

Zehn Fälle von Tubentuberkulose.

Ein Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Salpingitis.
Aus der Universitäts-Frauen-Klinik Bern.
(Buchdruckerei J. Fischer-Lehmann, Bern, 1901).

Die Tube ist derjenige Teil der weiblichen Geschlechtsorgane, der von der Tuberkulose am häufigsten primär oder sekundär ergriffen wird.

1. Die ascendierende Form.
2. Die descendierende Form.

Die *Symptome* sind nicht immer sehr charakteristisch: Störungen des Allgemein-Befindens, Temperatursteigerungen; Menses treten anfangs häufiger auf und werden unregelmässig; profuse Blutungen sind nicht selten; Schmerzen auf beiden Seiten des Abdomens; oft starker Ascites; bei längerer Dauer der Erkrankung werden die menstrualen Blutungen geringer; Ovarien meist klein-cystisch degeneriert oder atrophisch; Fluor albus.

Ein grosses Gewicht bei der *Diagnose* der tuberkulösen Genitalerkrankung muss auf den Nachweis anderweitiger tuberkulöser Herde im Körper gelegt werden; mangelhafte Entwicklung der Genitalien.

Der Lokalbefund ist in vielen Fällen nicht sehr verschieden von anderen Tubenkrankheiten. Hegar, Veit und andere halten die knotigen Anschwellungen der Tubenwand (rosenkranzähnliches Anfühlen) nicht für Tubentuberkulose charakteristisch, dagegen dürfte die eckige Form der Knollen, wie sie nach Kocher auch bei der Epididymitis tuberkulosa auftritt, für Tubentuberkulose sprechen.

Die *Prophylaxe* der tuberkulösen Genitalerkrankungen fällt zum grossen Teil zusammen mit derjenigen der Tuberkulose im allgemeinen und derjenigen der Genitalkrankheiten im besonderen.

Was die *Therapie* anbetrifft, so hat man sich vor Augen zu halten, dass gerade die Tuberkulose der Genitalien wohl nicht selten lokalisiert bleibt; Abkapselung der Herde. Der sicherste Weg der aktiven Therapie ist unzweifelhaft der operative; Laparotomie.

Eine Kontraindikation zur Operation bildet nur sehr weit vorgeschrittene Tuberkulose anderer Organe.

Folgen detailliert *10 Krankengeschichten.*

Erbliche Belastung konnte in 3 Fällen festgestellt werden; einmal deutliche Erscheinungen früherer und noch bestehender Tuberkulose. Eine Gonorrhoe hat sicher im Fall VII bestanden und hier liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass es sich um eine nachträgliche Tuberkulose der gonorrhoischen Pyosalpingen gehandelt hat, etc.

Auffällig erscheint, dass keine der Patientinnen je geboren hat.

Bezüglich des Infektionsmodus ist zu bemerken, dass zum ascendierenden Typus Fall IV gehört, während die übrigen Beobachtungen der descendierenden und sekundären Form angehören.

Fragen wir uns, ob wir es hier mit akuten oder chronischen Formen zu thun haben, so müssen wir bedenken, dass diese Formen oft Uebergänge zeigen und sich nicht so scharf sondern lassen.

Bei den 10 Fällen der *Berner-Klinik* weisen die Symptome keinen Unterschied auf gegen andere Tubererkrankungen.

In therapischer Hinsicht wird bei Adnexerkrankungen fast immer die Laparotomie gemacht.

Dr. J. Gunning, Leiden:

Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Aethernarkose.

Aus der Zürcher chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Krönlein.
(Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung in Tübingen).

In der chirurgischen Klinik zu *Zürich,* unter der Direktion von Prof. Krönlein, wird seit dem Jahre 1894 ganz vorwiegend Aether zur Narkose verwendet, nachdem vorher während 13 Jahren ausschliesslich die Chloroformnarkose in Anwendung gezogen worden war. Kontraindiciert ist der Aether nach Krönlein: im frühen Kindesalter, bei Bronchitis und Emphysem.

Beobachtungen: *I. Narkosen im Kindesalter.*
II. Narkosen bei Operationen im Bereich des Kopfes, Gesichts und Halses.
III. Narkosen bei Kropfoperationen.
IV. Narkosen bei Mamma-Amputationen.

55 Fälle von Mamma-Amputationen mit Ausräumung der Axillardrüsen; 52 Mal ausschliesslich Aether; 3 Mal «gemischte Aethernarkose» (Morphiuminjektion 0,01 gr.).

V. Narkosen bei Laparotomien.

298 Fälle. 255 Mal ausschliesslich Aether; 43 Mal « gemischte Aethernarkose. » In 273 Fällen verlief die Narkose ruhig. Ein Todesfall: 77 Jahre alter Mann mit Carcinoma prostatæ et vesicæ, wo Sectio alta und Extirpatio partialis prostatæ gemacht wurde.

Anatomische Diagnose: Bronchopneumonie beider Unterlappen. Fibrinöse Pleuritis beiderseits.

VI. Narkosen bei Bruchoperationen.

279 Fälle von Herniotomie und Radikaloperation. 263 Mal ausschliesslich Aether. 6 Mal « gemischte Narkose. »

VII. Narkosen bei Nierenoperationen.

13 Fälle von Nephrektomien und Nephropexien; 12 Mal ausschliesslich Aether.

VIII. Narkosen bei Harnröhrenoperationen.

IX. Narkosen bei Geschwulstextirpationen.

269 Exstirpationen verschiedener Tumoren. 241 Mal Aether; 28 Mal « gemischte Narkose, » etc. etc.

XVII. Narkosen zu Untersuchungszwecken.

Ausschliesslich Aether-Narkose.

Die verwandten Aethermengen sind im allgemeinen *sehr gering;* bei Laparotomien z. B. nur 2,4 cm^3 in der Minute. Eine Morphiuminjektion setzt den Aether-Verbrauch herab. Nach den Erfahrungen der Krönlein'schen Klinik wird das Erbrechen bei der Aethernarkose seltener als bei der Chloroformnarkose beobachtet*.

Die klinischen Mitteilungen aus den verschiedensten Ländern enthalten nicht selten Beispiele von Pneumonien nach Aethernarkose; hauptsächlich muss, worauf Mikulicz** ganz besonders aufmerksam macht, den Spättodesfällen eine viel ernstere Berücksichtigung geschenkt werden, als dies bisher geschah. So hat Mertens*** nach 180 reinen Aethernarkosen in der *Frauenklinik zu München* nicht weniger als 15 Mal Affektionen der Atmungsorgane gefunden, darunter mehrfach schwere und zwei mit Tod; dazu Verschlimmerungen bereits bestehender Lungen- und Herzkrankheiten.

* Siehe auch Dumont: Ueber die Aethernarkose. Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. 1888. Nr. 23.

** Chloroform oder Aether? Berliner klin. Wochenschr. 1894, Nr. 46.

*** Zur Statistik der Aethernarkose. Münchn. med. Wochenschrift. 1895. Nr. 45.

Vogel* hat ebenfalls an einer *Frauenklinik*, unter 1200 Aethernarkosen ausser Bronchitiden 5 Mal Aspirationspneumonien gesehen.

Die glänzendste Seite des Aethers ist sein günstiger Einfluss auf die Herzthätigkeit, ein Umstand, der auch Prof. Krönlein bewogen, von der Decennien lang geübten Chloroformnarkose zurückzukommen.

Der Aether soll die Nieren schädigen; Roux**, Wunderlich*** und andere haben diese Behauptung, wenn nicht ganz widerlegt, so doch in äusserst enge Grenzen zurückgewiesen.

Dr D. Hahn, Hamburg:

Untersuchungen am Eierstocke der Fledermaus, aus dem anatomischen Institute der Universität Zürich.

I. Entstehung des Follikelepithels,
II. Herkunft der Eier im Keimepithel,
III. Ausbildung der Graaf'schen Follikel.
(Folliculi Oophori Vesiculosi)
(Polygraph. Institut A.-G. Zürich.)

I. *Die Entstehung des Follikelepithels.* Verf. hofft, die Richtigkeit der in der Litteratur nur mangelhaft vertretenen Ansicht, dass das Follikelepithel sich aus den Zellen des Bindegewebes entwickle, darthun zu können und er glaubt, dass die Unhaltbarkeit der Annahme, nach welcher das Follikelepithel sich aus der Eizelle bilde, wenigstens für den Eierstock der Fledermaus sich ergeben werde. (Untersuchungen an einer grösseren Anzahl von Serien-Schnitten, welche Herr Prof. G. Ruge dem Autor zu Verfügung stellte.)

II. *Ueber die Herkunft der im Keimepithel sich befindenden Eizellen, sowie über deren weiteres Schicksal.* «Meinen Beobachtungen zufolge scheinen die im Keimepithel sich befindenden Eizellen aus dem Stroma in dasselbe eingewandert, resp. hineinbefördert worden zu sein.»

* Zur Aethernarkose. Berliner klin. Wochenschrift. 1894. Nr. 17 und 18.

** A propos de la narcose par l'éther. Correspondenzblatt f. Schweizer-Aerzte 1888.

*** Klinische Untersuchungen über die Aether und Chloroformnarkose auf die Nieren. Beiträge zur klinischen Chirurgie.

« Ich fasse die an den Präparaten gewonnenen Anschauungen kurz in folgendem zusammen. Nicht alle im Keimepithel vorhandenen Eizellen können als Primordialeier angesehen werden. Ein grosser Teil von ihnen, vielleicht sogar die grössere Zahl, ist aus dem Stroma ovarii ins Keimepithel eingewandert. Das Keimepithel hatte an den mir vorliegenden Eierstöcken der Fledermaus die Fähigkeit Eier zu produzieren, eingebüsst. Alle im Keimepithel sich einmal befindenden Eizellen werden allmählich in die Peritonealhöhle ausgestossen. Am raschesten werden diejenigen Eier aus dem Keimepithel entfernt, welche nach Vergrösserung ihres Volums in die Nähe der Oberfläche des Eierstockes zu liegen kommen und nun, nicht mehr fest genug in ihrem Nährboden eingepflanzt und vielleicht auch nicht mehr genug ernährt noch ehe sie zur Ausreifung gelangt sind, in die Leibeshöhle ausgestossen werden. »

III. *Ausbildung der Graaf'schen Follikel (Folliculi oophori vesiculosi) bei Vespertilio pipistrellus.* « Wenn wir uns den Graaf'schen Follikel des Menschen vergegenwärtigen, bei dem sich der Liq. folliculi von einer Stelle aus zu bilden anfängt und allmählich einen grossen See ohne Unterbrechungen darstellt, so erkennen wir einen grossen Unterschied zwischen dem letzteren und den beschriebenen Bläschenfollikeln im Eierstocke der Fledermaus auf's Deutlichste. Erstens hat der Bläschenfollikel des Menschen nur einen einheitlichen See, der durch nichts unterbrochen ist. Zweitens beginnt die Bildung des Liq. folliculi beim Menschen von einer Stelle aus, was wir bei der Fledermaus nicht beobachteten. Drittens besitzt die menschliche Eizelle immer eine Verbindung mit der peripherischen Membrana granulosa durch den Cumlus oophorus. Das Fledermaus-Ei rückt hingegen im Follikel nicht an dessen Peripherie und kann von ihr sogar durch verschiedene grosse Liquor-Herde getrennt bleiben, etc. 28 mikroskop. Figuren erläutern den Text.

———

Dr L. Kouchewa, Veless, Macedonien :

Die Behandlung der Neurasthenie vermittelst der Isolierkur am Kantonsspital in Genf.

(Buchdruckerei Kündig, Genf, 1901.)

Kapitel I. Neurasthenie. Es folgt zuerst die Definition der Neurasthenie, dann deren klinische Formen und Aetiologie : Infektionskrankheiten; *wiederholte Schwangerschaften* und *Säugungsgeschäft; Genitalerkrankungen,* etc., etc.

Kapitel II. Die Isolierkur. Die therapeutischen Massnahmen
Weir Mitchel empfohlen, sind nicht neu, sie wurden aber von di
letztern systematisch combiniert: Absolute Isolierung und Ruhe, «U
ernährung,» Massage und Elektrisation. Man soll die Kur wenn mö
während der Winterszeit machen, da die *Isolierung* leichter dur
führen ist. Unmittelbar nach dieser kommt als wichtigster Fakto
Ruhe in Betracht. Die Patientin bleibt im Bett, in horizontaler
Um die allfällige Rückwirkung auf die Darmfunktionen (Constipa
zu bekämpfen, wird massiert und faradisiert. Um die « *Uebernähr*
durchzuführen, wird Milchdiæt verschrieben; man beginnt mit 2
täglich, um am Ende der ersten Woche bis auf 5 Liter zu steigen;
giebt man von diesem Zeitpunkt an auch consistentere Nahrung, i
man zugleich das Milchquantum etwas vermindert. Am 10. Tage
man bis zu drei täglichen Mahlzeiten gestiegen sein, indem zugleich
1-2 Liter Milch daneben verabreicht werden. Weir Mitchell *emp*
ganz besonders noch der gewöhnlichen Nahrung flüssigen Malzex
hinzuzufügen; auch soll Butter verabreicht werden.

Kapitel III. Die Isolierkur am Kantonsspital in Genf. Dr Mai
hat diese am *Genfer-Spital* eingeführt. Kleine Zimmer von drei Be
Betten durch spanische Wände getrennt und absolutes Verbot mit
andern Kranken zu sprechen. (Schwere Fälle wurden, so weit der
reichte, ganz isoliert.) Absolute Ruhe während der ersten Tage der
nach und nach gestattete man den Patienten sich einige Stunden tä
ausser Bett aufzuhalten, dann kleinere Spaziergänge; dann erla
man einige Visiten. Die « *Uebererernährung* » wurde durch eine M
kur zu erlangen gesucht; indem man die Ration täglich um 2
vermehrte, vermochten die Kranken leicht 4 und selbst 5 Liter zu
sumieren. Einigemale mussten Laxantien et Schlafmittel verab
werden. Alle Patienten wurden hydrotherapeutischen Proceduren u
worfen: Nasses Tuch, kalte, warme und schottische Douche, prolong
lauwarme Bäder. Die Abdominalmassage gab bezüglich der Reguli
der Darmfunktion günstige Resultate; den meisten Kranken wurd
Glénard'sche Binde verschrieben. Regelmässige Gewichtskontrole.
gestion am Morgen.

Kapitel IV. Beobachtungen. Es werden 17 Fälle detailliert aufge
von denen zwei den *Gynækologen* hauptsächlich interessieren:

1) *Beobachtung 14.* Neurasthenie erworben durch wiederholte Sch

gerschaften, Stillungsgeschäft und Ueberanstrengung. Isolierung, Körperzunahme, Besserung.

2) *Beobachtung 15.* Erworbene Neurasthenie (Stillungsgeschäft). Magendilatation mit Enteroptose. Ruhe und Uebernährung. Heilung.

Kapitel V. Resultate der Behandlung. 7 Heilungen, 9 Besserungen und ein Misserfolg (Selbstmord).

Kapitel VI. Schlussfolgerungen:

1. « *Die Isolierkur, wie selbe von* Weir Mitchell *angegeben worden worden ist, repräsentiert die beste Behandlungs-Methode sämmtlicher Neurasthenie-Formen.*

2. *In einem Spitale ist sie leicht, bei allen sozialen Klassen, ohne besondere Installation und ohne Kostenaufwand durchzuführen.*

3. *Einer strengen Disciplin, notwendig zur glücklichen Durchführung der Kur, ist im Spital leichter Achtung zu verschaffen, als in einer Privatklinik; zu Hause ist sie nicht zu handhaben.*

4. *Die Isolierung, die den Kranken den deprimierenden Suggestionen seiner gewöhnlichen Umgebung entzieht, ist das wirksamste Moment der Behandlung.*

Die « Uebernährung » vermittelst der Milch bringt leicht eine rasche Körperzunahme zu Stande.

Die Hydrotherapie und die Massage bilden wirksame sekundäre Faktoren.

5. *Eine Suggestion am Morgen früh ist unentbehrlich, um den Kranken psychisch zu stimulieren.*

6. *Absolutes Vertrauen des Kranken in seinen Arzt und gänzliches Fügen in dessen Verordnungen sind die nötigen Bedingungen, um die Suggestion zu realisieren.*

7. *Das systematische Wägen, das dem Patient gestattet die Besserung selbst zu kontrollieren, hat ebenfalls einen günstigen Einfluss.*

8. *In den günstigen Fällen macht die Besserung auch nach der Unterbrechung der Kur noch Fortschritte, auch kann das Korpergewicht noch zunehmen.* »

Anmerkung des Referenten: « Neuropathologie und Gynækologie » betitelt sich ein von Franz Windscheid, Docent für Neuropatologie in Leipzig, herausgegebenes Buch. In der That muss und darf der Gynækologe die Neuropathologie nie aus dem Auge verlieren und ist es desshalb auch wünschenswert, dass er mit den therapeutischen Methoden zur Bekämpfung der Neurasthenie, etc. etwas bekannt sei.

Dr J. Lauper, Bern:

Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa.

Aus der chirurgischen Klinik und Privatklinik von Herrn Prof. Kocher in Bern.

(Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig, 1901.)

Es stehen Lauper 22 Fälle zur Verfügung, die im Zeitraum von 1884-1900 in der *chirurgischen Klinik in Bern* zur Beobachtung kamen.

Es folgen in chronologischer Reihenfolge Auszüge aus den Krankengeschichten. Der Uebersichtlichkeit wegen ist jedem Fall ein Schema beigefügt.

Von den 22 Fällen gehören 16 dem weiblichen und 6 dem männlichen Geschlecht an. Das weibliche Geschlecht ist namentlich durch das besondere Verhalten seiner inneren Geschlechtsorgane eher der Möglichkeit, an tuberkulöser Peritonitis zu erkranken, ausgesetzt, als das männliche.

Fasst man *die wichtigsten anamnestischen Angaben* zusammen, so beziehen sie sich auf die chronische Entwicklung des Leidens, auf Zunahme des Leibes, Schmerzen in irgend einer Form, gastro-intestinale Störungen, *Störungen der Menses* und der Urinsekretion und Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden, namentlich Abmagerung und Schwächegefühl.

Objektive Befunde: Anæmisches Aussehen. Geringe Entwicklung von Panniculus und Muskulatur. Temperatur in vielen Fällen erhöht. Abdomen zeigt meistens teils allgemeine, teils mehr lokale Auftreibung. *Thomayer'sches Symptom* d. h. Auftreten einer nicht mehr verschieblichen Dämpfung, die namentlich das linke Hypochondrium einnimmt. Symptome von Ileus in 40 %.

Sehr wichtig sind die Befunde der Vaginaluntersuchung, die in 9 Fällen, also in mehr als der Hälfte der zu Gebote stehenden weiblichen Patienten, eine Fixation des Uterus durch derbe Stränge im Douglas oder parametritische Veränderungen, oder endlich Erkrankung der Adnexe, in erster Linie der Tuben, zeigte.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergab in 10 Fällen, also ca. in 45 % anderweitige tuberkulöse Erkrankungen.

14 Fälle wurden der *Operation* unterworfen: Entleerung des Exsudates, Austupfen, event. Jodoformeinreibung, Lösen der Adhæsionen; *Entfernung des event. primären Herdes.* 6 Fälle zeigten ausgesprochene Tumorbildungen, die durch ausgeweitete Tuben, durch Verwachsungen der Därme oder auch durch circumscripte, abgekapselte Exsudate bedingt waren. In 3 Fällen wurden die Tuben und Ovarien abgetragen, da diese ausgedehnt erkrankt schienen. Die Tuben waren meistens stark verdickt, daumendick und mehr, geschlängelt, mit reichlich käsigen Massen angefüllt. Neben der Entfernung der Tuben wurde womöglich auch das abgekapselte Exsudat eröffnet, entleert, event. tamponiert und nach dem Douglas hin drainiert. Der Wundverlauf war überall tadellos, die Wunden schlossen sich per primam.

Von den 14 chirurgisch behandelten Fällen zeigten 10, also 70 %, einen günstigen Verlauf, 4 Fälle, also 38 % einen ungünstigen Ausgang (Exitus innerhalb eines Jahres).

Von diesen günstig verlaufenen Fällen liegt bei 7 die Operation schon 4 oder mehr (bis zu 16) Jahre zurück; in den übrigen 3 Fällen beträgt die Heilungsdauer noch nicht 4 Jahre. Die 3 Fälle, bei denen die erkrankten inneren Geschlechtsorgane entfernt wurden, verliefen sehr günstig. Die Behauptung, dass die Operation bei den gewöhnlich stark heruntergekommenen Kranken einen zu intensiven Eingriff bedeute, muss zurückgewiesen werden, denn die Heilung war dadurch nicht nur nicht behindert, sondern verlief sogar prompter und kürzer.

Um *die wissenschaftliche Seite der Frage* kurz zu streifen, glaubt Lauper den bleibenden Einfluss der Laparotomie auf die Bauchfelltuberkulose in folgenden Faktoren zu finden:

1. der Entleerung des Exsudats;
2. der Verbesserung der Circulation und infolgedessen auch der Resorption;
3. dem Lösen von Adhæsionen und infolgedessen der Verbesserung der Circulation des Darmes;
4. dem womöglichen Heben der primären Ursache.

Im Fernern scheint die auf experimenteller Grundlage sich stützende Ansicht Gatti's auch für den Menschen gewisse Berechtigung zu haben: Die Hauptwirkung der Laparotomie soll nach diesem Autor darauf beruhen, dass nach der Operation sich in der Abdominalhöhle eine gewisse Menge rötlich-serösen Exsudates ansammelt, dessen bactericide Wirkung

die regressiven Veränderungen der tuberculös-afficierten Geweb
vorrufen oder doch wesentlich beschleunigen soll.

Nach neuerer Ansicht von A. O. LINDFORS soll neben der rea Hyperæmie und serösen Durchtränkung der Gewebe noch als tiger Heilfaktor der Laparotomie die lokale Nutritionsverminderu grösseren oder ursprünglichen Herdgebieten in Frage kommen.

Nicht operativ behandelt wurden 8 Fälle (Verweigerung der Ope anderweitige Complicationen). 4 davon zeigen einen günstigen V Die 4 ungünstig verlaufenden Fälle gingen neben ihrer Peritonitis culosa an Lungentuberkulose zu Grunde. Behandlung bestand i abreichung von Kreosotpræparaten, Diæt und Bettruhe.

LAUPER fasst die *Schlussfolgerungen* seiner Arbeit folgender zusammen:

« *Das weibliche Geschlecht besitzt eine ausgesprochene Prædisp für Peritonitistuberculosa, ein Umstand, der sich durch das Ver der inneren weiblichen Genitalien sehr leicht erklären lässt.*

Die Heredität spielt bei der Erkrankung an Peritonitis tuberculo weit bedeutendere Rolle, als ihr gewöhnlich zugeschrieben zu werden

Die Peritonitis tuberculosa ist keine indolente Erkrankung, den 80 % der Kocher'schen Fälle geben heftige, spontane Schmerzen i dium der acuten Verschlimmerung an.

Das Fieber bei Peritonitis tuberculosa ist zur Stellung der Pr nicht in dem Grade massgebend, wie gewöhnlich angenommen wir Fieber soll nie eine Contraindication für einen operativen Eingriff

Die Peritonitis tuberculosa ist einer spontanen Heilung in ge Grade fähig. Den weitaus günstigsten Verlauf zeigen aber die o behandelten Fälle, besonders diejenigen, bei denen der primäre Her z. B. eine erkrankte Tube, entfernt werden konnte.

Die Laparotomie, die stets die Entfernung eines eventuellen, primäre des im Auge behalten muss, und die in richtiger Beschränkung ausg völlig ungefährlich ist, ist nicht nur für die serösen, exsudativen For diciert, sondern auch bei den adhæsiven Formen, bei denen oft durch von Adhæsionen die bestehenden Ileussymptome gehoben werden k

Die operative Behandlung zeigt ihre segensreiche Wirkung nam dann, wenn neben ihr die Besserung der hygienischen Verhältniss ruhe, Regelung der Diæt und endlich die für andere tuberkulöse tionen bewährten Medikationen genügende Berücksichtigung finde

---

D[r] J. MARINA, Kostroma, Russland:

Ein Fall von beidseitiger congenitaler Nierenmissbildung mit chronischer Nephritis bei einem Kinde.

Aus dem Zürcher Kinderspital.

(Buchdruckerei Kirsten und Zeisberg, Zürich 1901.)

Die Häufigkeit der Bildungsfehler der Nieren tritt erst besonders in den letzten 26-30 Jahren deutlich zu Tage.

In jüngster Zeit ist eine kasuistisch-statistische Arbeit von NAUMANN aus dem *Kieler pathologischen Institut* erschienen, aus der hervorgeht, dass im Durchschnitt auf 100 Menschen eine Nierenanomalie kommt.

Die Bildungsanomalien der Nieren bestehen meistens in Veränderungen ihrer Lage, Zahl und Gestalt; bei der letzteren Anomalie, der auch der hier zu beschreibende Fall angehört, unterscheidet NAUMANN zwei grosse Gruppen:

1. normal gelegene Nieren von veränderter Form und
2. die mit einander verwachsenen Nieren.

Nach der *klinischen Besprechung* des Falles folgt der *Sektionsbefund:* Atrophie der Nieren congenitaler Natur. Diffuse parenchymatöse Nephritis, Pyelonephritis links, Cystitis etc.

Nach *genauer Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Präparate* ventiliert MARINA die Frage, ob die vorliegende Atrophie eine Bildungsanomalie oder einen erworbenen Defekt darstelle.

Auf Grund der pathologisch-anatomischen Untersuchungen kann man den Schluss ziehen, dass man es mit einem Bildungsfehler beider Nieren zu thun hat, da kein pathologischer Process zu solcher Verkümmerung der Nieren führen könnte.

Für die Annahme einer congenitalen Nierenmissbildung spricht weiter ein abnormes Verhalten und eine auffallende Enge der Nierenarterien, die Consistenz des Organs und das abnorme Verhalten der Nierenkelche und der Pyramiden. Bei erworbener Atrophie stellt der Nierenrest nach EPPINGER ein festes, narbiges Gewebe dar, während in diesem Falle die Consistenz beider Nieren weich ist.

Analoge Fälle von Bildungsfehlern beider Nieren sind in der Litteratur nur wenige bekannt: einen Fall, wo beide Nieren congenital atro-

phisch waren, hat TENNENT publiziert; ein anderer Fall stammt von NAUMANN. Weitaus häufiger sind die Fälle von einseitiger Nierenmissbildung.

In einem zweiten Teile kommt MARINA auf die Frage des *Vorkommens der chronischen Nephritis im Kindesalter* zu sprechen.

D[r] H. MILKOWSKA:

Zum Studium einiger Fälle von Retrodeviation des graviden Uterus.

Etude de quelques cas de rétrodéviation de l'utérus gravide.

(Buchdruckerei C. Ashmann, Zürich.)

An Hand von zehn an der *Genfer* Frauenklinik beobachteten Fällen kommt MILKOWSKA zu folgenden Schlüssen:

« Die Frühdiagnose einer Retrodeviation des schwangeren Uterus ist von grosser Bedeutung, besonders in therapeutischer Hinsicht. Schwangere Frauen, die an Constipation, Rückenschmerzen, Dysurie, etc. leiden. oder die schon vor der Gravidität eine Uterus-Deviation besassen, müssen auf's Genaueste untersucht werden.

In der Mehrzahl der Fälle, bei denen schon vor der Schwangerschaft eine Rückwärtslagerung bestand, richtet sich der Uterus mit fortschreitender Gravidität von selbst auf. Wird die Retrodeviatio uteri gravidi erkannt, bevor irgend welche Beschwerden aufgetreten sind, so soll man vorderhand nicht eingreifen. sondern zuwarten, immerhin soll man die Blasen- und Rectal-Funktion genau überwachen.

Wenn die Rückwärtslagerung sich nicht spontan hebt, wenn Compressionserscheinungen auftreten, dann soll man Bettruhe verordnen und die Beschwerden bekämpfen. Wenn die Rückwärtslagerung sich aber dennoch nicht hebt, dann soll man selbst manuell (Schnelle oder progressive Methode) oder event. durch Application eines Scheidenballon korrigieren.

Beinahe in sämmtlichen Fällen wird man mit dieser Behandlungsmethode zum Ziele kommen und der reponierte Uterus wird sich ohne oder mit Pessar in der richtigen Lage halten.

Gelingt es absolut nicht, den Uterus nach vorne zu bringen (Adhærenzen, etc.), so kommt als « ultimum refugium » die Laparotomie in Frage. »

Bemerkung des Ref. Der Autor verwechselt konstant die Begriffe Retrodeviation und Retroposition.

Unter dem Sammelbegriff « *Retrodeviation* » fasst man die Retroversionen und die Retroflexionen zusammen; in « *Retroposition* » wird nach Küstner (Veit's Handbuch I, pag. 99) unter physiologischen Verhältnissen der Uterus durch starke Füllung der Harnblase gestellt. Von den pathologischen Verhältnissen, welche diese Verlagerung des Uterus dauernd bedingen, sind es einmal Tumoren, welche sich vor dem Uterus lagern: Blasentumoren, Ovarialtumoren. Weiter erzeugen in typischer Weise Retroposition des Uterus (Küstner) schrumpfende Prozesse und endzündliche Adnexerkrankungen. Die vom Autor angegebene Behandlungs-Methode scheint mir doch etwas zu konservativ! Man sollte nach meiner Ansicht hauptsächlich prophylaktisch thätig sein und bin vollständig mit Dührssen einverstanden wenn er sagt:

« Die Behandlung besteht in der bimanuellen Reposition des Uterus und Einlegen eines Ringes, etc. » Natürlich auch dann, wenn die Retrodeviation uteri gravidi vorderhand noch keine Beschwerden gemacht.

D^r. F. Moser, Rüderswil:

Ueber Morbidität und Mortalität bei Abortus.

Gestützt auf 903 Fälle: Krankengeschichten und Sterbekarten.
Separatabdruck aus der 7. Lieferung der Zeitschrift für schweizerische Statistik 1900.
(Buchdruckerei Stämpfli & Cie, Bern.)

Das benutzte Material stammt aus dem *kantonalen Frauenspital in Bern* (484 Krankengeschichten) und aus dem *eidgenössischen statistischen Bureau* (423 Sterbekarten).

I. *Teil. Berücksichtigung der Angaben der Krankengeschichten.*

1. Was lässt sich bezüglich der jährlichen Frequenz der behandelten Fehlgeburten in der Periode 1890-1899 ermitteln? — Man findet dem absoluten Werte nach eine Zunahme, wie es ja auch beim Ansteigen der Bevölkerung zu erwarten war.

2. Giebt es Monate oder Jahreszeiten, in welchen nach dem vorliegenden Material mehr Aborte vorkommen, als in andern? — Es kommen sehr erhebliche Schwankungen vor. Das erste Maximum fällt auf Ende Winter und Anfang Frühling (Februar bis April), das zweite auf den Spätsommer und Herbst (August-November), während die Zeit der längsten Tage das Minimum aufweist.

3. Wie verteilen sich die behandelten Fehlgeburten auf das Alter der Frau? — Vom 19. Jahre an steigt die Kurve rasch und stets bis zum 25., um beim 26. wieder zu sinken, dann aber rasch wieder in die Höhe zu



gehen. Sie erreicht bei 30 daher ihr Maximum, macht ziemlich g
Schwankungen bis zum 39. Jahre, um von da an zuerst rasch abzu
bis zum 41., von wo sie immer langsamer bis zum 50. Jahre h
steigt.

4. Wie verhalten sich die einzelnen Schwangerschaftsmonate zur
figkeit des Abortes?

Schwangerschaftsmonat.	Poliklinik.	Geburts-hülfliche Klinik.	Gynækolog. Klinik.	Total.
1. Monat.	2	—	10	12
2. Monat.	55	6	36	97
3. Monat.	106	16	35	157
4. Monat.	51	13	17	81
5. Monat.	30	16	8	54
6. Monat.	28	27	7	62
7. Monat.	14	7	—	21

Die relativ grösste Anzahl der Fehlgeburten (32,5 %) ereignet si
dritten Monat der Gravidität.

5. Was ergiebt sich in Bezug auf Beruf, Beschäftigung, Civilstan
Hausfrauen 251; Fabrikarbeiterinnen 10; Schneiderinnen 8; W
rinnen 6; Glätterinnen 5; Mägde 4; Taglöhnerinnen 2.

Verheiratet 451 = 93 %; ledig 28 = 6 %; verwitwet 5 = 1 %.

6. Wie hoch stellt sich die Mortalitätsziffer? — Obschon manche
schwierige Fälle poliklinisch behandelt worden sind, kommt doc
die 286 Patientinnen der geburtshülflichen Poliklinik des kant
Frauenspitals in Bern nur ein einziger Todesfall und zwar nicht
rekte Folge des Abortes (der Abort war nur accidentell).

Von den 113 in der *gynækolog. Klinik in Bern* behandelten F
sind drei gestorben und zwar alle an Sepsis.

Unter den 85 in der *geburtshülflichen Klinik* behandelten Fraue
zwei Todesfälle zu verzeichnen. (1. Lobuläre Pneumonie, Pleuritis
nosa, Sarcoma ovarii et Carcinoma ventriculi und 2. Eitrige Perit
hæmorrhagische Oophotitis. Alte Pleuritis.)

Von 484 an Abortus behandelten Frauen starben somit 4 an S
die Mortalitätsziffer beträgt somit 0,8 %.

II. *Teil. Berücksichtigung der während 1889 bis 1898 auf dem eidgenössischen statistischen Bureau eingegangenen 423 Abortus-Sterbekarten.*

1. Kann man, gestützt auf die von 1889-1898 zur Anzeige gelangten Todesfälle eine Zunahme oder Abnahme derjenigen, infolge Abortus, konstatieren? — In den beiden Zeitabschnitten von 1889-1893 und 1894-1898 sind ungefähr gleich viele Todesfälle angezeigt worden, nämlich 213 im ersten gegen 210 im letzten; da die Einwohnerzahl sich nun vermehrt hat, so kann man annehmen, dass die Anzahl der infolge Abortus verstorbenen Frauen in den letzten fünf Jahren gegenüber den vorhergehenden fünf Jahren ein wenig abgenommen hat.

2. Wie verändert sich die Frequenz derselben in den Jahreszeiten? — Die meisten Todesfälle traten Ende Frühling und kurz vor Neujahr ein.

3. Wie verteilt sie sich auf das Alter der Frau? — Die 423 Todesfälle, infolge Abortus, verteilen sich vom 19ten bis 49ten Altersjahre. Vom 19ten Jahre an findet ein ziemlich rasches Ansteigen der Kurve statt, welches sein Maximum im 33sten Altersjahre erreicht, um von da an wieder abzufallen. Die weitaus grösste Anzahl von Todesfällen kommt anfangs der 30er Jahre vor (im 33. Jahre allein 7,8 % aller Fälle; vom 26.-43. Jahre 82.6 % aller Fälle).

4. Ist ein Einfluss nachzuweisen, der mit dem Beruf und der Beschäftigung, dem Civilstand, den socialen Verhältnissen und dem Wohnort zusammenhängt?

Das Maximum der Todesfälle hat der Kanton Genf mit 58,4 %; dann folgt Zug mit 30,2 %; Neuenburg mit 23,5 %; Waadt mit 20,3 %; das Minimum hat Tessin mit 5,9 %; das Mittel (Schweiz) beträgt 14,7 %.

Was die Genfer Todesfälle anbelangt, so sind

a) 9 sicher provocierte, kriminelle Aborte = 16 %,
b) 5 wahrscheinlich provocierte kriminelle Aborte,
c) 1 sicher durch die Hebamme provocierter Abort und
d) 1 wahrscheinlich durch die Hebamme provocierter Abort.

Des weiteren ergiebt sich das merkwürdige Resultat, dass Genf nicht nur allein von den vier Städten: Genf, Zürich, Basel und Bern kriminelle Aborte, die zum Tode führten, aufweist, sondern dass in Genf geradezu 25 % wahrscheinlich oder sicher kriminell sind, dazu steht Genf mit der geringsten Anzahl von Geburten da; es müssen also in Genf gewisse Faktoren in Aktion treten, welche in keinem andern Kantone der Schweiz zu einem solchen frappanten Resultate führen.

Die Untersuchung über den Beruf der Verstorbenen ergiebt keine Resultate, welche genaue Schlüsse zu ziehen erlauben.

Was den Civilstand anbetrifft, so waren mehr als $^5/_6$ verheiratet und nur etwa $^1/_{10}$ ledig. Nach den Aufzeichnungen auf den Sterbekarten, sind in 67,4 % der Todesfälle, infolge Abortus, septische Prozesse die Schuld am letalen Ausgange; dieser Prozentsatz ist jedenfalls in Wirklichkeit noch höher.

Auffällig ist die Thatsache, dass die Mortalität bei Abortus infolge septischer Prozesse in den letzten Jahren keine Abnahme, sondern sogar eine Zunahme erfahren hat; die Erklärung ist leicht zu geben, während bei anormalen Geburten ärztliche Hülfe in Anspruch genommen wird. wird diese beim Abortus gar nicht oder erst sehr spät verlangt, sehr oft nach stattgefundener Infektion, wenn die Frau schon Fieber hat, weil besondere Gründe vorhanden waren, die eingetretene Fehlgeburt so gut wie möglich geheim zu halten.

III. Teil. *Zusammenstellung und Vergleichung der Resultate des ersten und zweiten Teiles.*

Die äusserst fleissige und lobenswerte Arbeit enthält eine Menge von übersichtlichen tabellarischen Zusammenstellungen und Kurven.

Dr Moser zieht zum Schlusse folgende Folgerungen :

I. *Eine Abnahme der Todesfälle an Sepsis, nach Abortus, ist nicht zu konstatieren, wie mit der Entwicklung der Asepsis und Antisepsis zu erwarten war und wie sie auch sonst in der Geburtshülfe zu verzeichnen ist.*

Wenigstens in zwei Drittel aller Todesfälle, infolge Abortus, trat der Tod an septischen Prozessen ein.

II. Es bestätigt sich, dass im dritten Monat der Schwangerschaft eine Fehlgeburt am häufigsten eintritt.

III. Mit zunehmendem Alter steigt die Gefahr des letalen Ausganges bei Abortus.

IV. Bei der industriellen Bevölkerung kommt Todesfall, infolge Abortus, häufiger vor, als bei vorwiegend landwirtschaftlicher Bevölkerung.

V. Ein direktes Verhältnis zwischen der Häufigkeit der Geburten einerseits und der Todesfälle infolge Abortus andererseits, besteht nicht. Das Maximum der Mortalität, infolge Abortus, findet sich an dem Orte, wo das Minimum der Geburten vorhanden ist.

D[r] César Nicolet, La Chaux-de-Fonds :

Ueber die Wirkung von Urotropin bei Erkrankungen der Harnwege, im Besondern der Blase.

Aus der medizinischen Klinik des Herrn Professor Eichhorst.

(Buchdruckerei Emil Cotti's Wwe, Zürich 1901.)

Prof. Nicolaier ist es, der im Jahre 1894 zum erstenmal auf die therapeutische Verwendung des « Hexamethylenamins-Urotropin » hinwies. Dieses hat den grossen Vorteil, für den Organismus ganz unschädlich zu sein; es vermag bei Körpertemperatur die Entwicklung von mikroorganismen im Harne zu hemmen; die antiseptischen Eigenschaften verdankt es dem Formaldehyd, das sich aus ihm abspaltet.

Die Untersuchungen Nicolet's basieren auf 32 Beobachtungen.

I. *Erfolge der Urotropinbehandlung bei den Fällen (8) von ammoniakalischer Harnzersetzung :*

Alle verliefen sehr gut (3 mal täglich 1.0 Urotropin). Gewöhnlich war schon am zweiten oder dritten Tage, nach der Darreichung des Medicaments, der Harn schwach sauer; gleichzeitig trat eine Milderung der häufig so qualvollen Beschwerden ein.

II. *Erfolge der Urotropinbehandlung bei Tuberculosis urogenitalis.* Zwei Fälle; in beiden klärte sich der Harn ziemlich auf, wenn auch nicht ganz vollständig; der tuberculöse Prozess kam natürlicherweise nicht zum Stehen.

III. *Erfolge der Urotropinbehandlung bei gonorrhoischer Cystitis.* 11 Fälle. Die Wirkung des Urotropins bei Erkrankungen der Blase, beziehungsweise des Nierenbeckens, die sich im Anschluss an Gonorrhoe entwickelt hatten, ist eine vorzügliche.

Ebenso erfolgreich zeigte sich das Urotropin in einigen Fällen von Cystitis, die sich nach Katheterismus entwickelt hatten und ferner noch bei zwei Fällen von Cystitis, im Verlaufe von Tabes; auch bei eitriger Entzündung der Harnwege verschiedenster Art, bei denen der Urin nicht ammoniakalisch war, sondern sauer oder neutral reagierte, ist es angewandt worden.

IV. Erfolge des Urotropins bei der Phosphaturie. Windel hatte den ersten Erfolg zu verzeichnen; Casper sieht im Urotropin ein Mittel, das in kleinen Dosen genommen (1-2 gr. pro die) die Phosphaturie verschwinden lässt; auch Suppan sah ganz staunenswert rasche und dauernde

Erfolge in sieben Fällen von Phosphaturie; des weitern W
S. D. Windel; dagegen konnte Nicolaier bei 6 Fällen von Phosph
keinen Erfolg sehen, hingegen in einem weiteren Falle zeigte si
Medikament wirksam.

Dr Jean Olivier, Genf:

Untersuchungen zum Studium der Schwangerschafts-Auto-Intoxicationen, ausgeführt vermittels der Eliminations-Me

— Contribution à l'étude des Auto-Intoxications au moyen de la me de l'élimination provoquée.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Genf.

(Verlag von Henry Kündig, Genf 1901.)

Einleitend kommt Olivier auf den eigentlichen Zweck der vorg menen Untersuchungen zu sprechen; er hoffte, während der Schwa schaft, ein Symptom zu entdecken, das gestattet hätte, eine sc Intoxication zum voraus zu erkennen, bevor die allbekannten sch Symptome in Scene getreten; er hoffte, dass die Permeabilitä Nieren und Leber darüber irgend welchen Aufschluss geben würd aber leider nicht der Fall war.

Schwangerschafts-Autointoxication. Während der Gravidität wir eine Ueberproduktion von toxischen Stoffen, daneben oft Ret dieser, infolge unregelmässiger Funktion gewisser Organe, wie Niere etc. Auf diese Thatsachen gestützt ist es Bouchard gelunge Eklampsie den andern zahlreichen Schwangerschaftsmanifestatione faches und unstillbares Erbrechen, Ptyalismus, Albuminurie et nähern und diese alle einer einzigen Ursache unterzuordnen.

Die Methode der provocierten Methylenblau-Elimination wur Jahre 1897 durch Achard und Castaigne in die Praxis eingeführ ihren Untersuchungen benutzten sie das Methylenblau, das in For « intramuskulären Injectionen in den Organismus eingeführt w Normaler Weise werden 5 Centigramm Methylenblau in 35-60 St durch die Nieren ausgeschieden; der Beginn der Elimination b nach 15-30 Minuten; es zeigte sich dann durch weitere Untersuchu hauptsächlich von Chauffard und Cavasse, dass man auch Rücksc auf die Leberfunktion ziehen könne.

Die Methode der provocierten Elimination in geburtshülflicher Hinsicht: Die ersten ins Gebiet der Geburtshülfe gehörenden Versuche wurden von Sicard und Mercier gemacht und die Resultate am 15. Januar 1898 der Oeffentlichkeit übergeben; dann folgten weitere Untersuchungen von Potocki, von Bar, Menu und Mercier, von Guénard, Goin, Dreyfus, Van der Velde, namentlich des letzteren Publikation ist von grossem Werte und giebt Olivier die aus dem Holländischen übersetzten *Schlussfolgerungen den van der Velde'schen Arbeit « in toto »* wieder; selbe sollen ihrer Wichtigkeit wegen auch hier in deutscher Sprache reproduziert werden:

1. Die Methylenblau-Methode von Achard und Castaigne giebt wichtige Aufschlüsse betreffs der Nierenfunktion.

2. Bestehen Symptome, die auf Blasen-Irritation hinweisen, so soll die in Frage stehende Methode nicht zur Anwendung kommen.

3. Die Resultate, die man vermittelst der Methylenblau-Methode bei Eklamptischen erhalten, geben der Ansicht eine festere Stütze, dass die Insufficienz der Nieren in der Pathogenie der Eklampsie eine bedeutende Rolle spiele.

4. Das Studium der Methylenblau-Elimination kann in differenzial-diagnostischer Hinsicht, bezüglich der Eklampsie, vom grossem Nutzen sein; des weiteren giebt es Aufschluss über die Prognose der ersten Stunden und liefert Indicationen iu therapeutischer Hinsicht.

5. Das Verfahren von Achard und Castaigne sollte in den meisten Fällen, von Gravidität mit Albuminurie, in Anwendung gezogen werden.

6. Die zeitlich verlängerte Elimination, die ich während der Regeln beobachtet habe, ist auf eine Herabsetzung der renalen Aktivität und gleichzeitige Funktion des Ovarialgewebes zurückzuführen.

7. Die Zunahme der Urinmenge, sofort nach der Geburt, ist auf eine Herabsetzung des intraabdominalen Druckes zurückzuführen.

8. Der Organismus beherbergt im schwangern Zustand mehr toxische Stoffe, als im Nichtschwangern; man kann deshalb wohl eine Schwangerschafts-Autointoxikation annehmen, deren schwerstes Symptom die Eklampsie darstellt.

9. Die vom Fœtus herstammenden toxischen Stoffe spielen bei der Schwangerschafts-Intoxikation eine sekundäre Rolle.

10. Die Toxine des Harnes stammen von organischen, wenig konstanten Stoffen her, deren genauere chemische Zusammensetzung noch unbekannt ist.

11. Die Zunahme des arteriellen Druckes, bei nephritischen Erkrankungen nichts Ungewöhnliches, ist auf eine Retention von organischen Stoffen zurückzuführen, die « gefässkontrahirend » wirken.

12. Der Wille kann auf die Herzbewegungen einen direkten Einfluss haben.

13. Die Narkose vermittelst Ethyl-Urethan ist die, für Untersuchungen am Kaninchen geeignetste.

14. Im Ovarium bildet sich eine Substanz, die, wenn sie in Cirkulation gelangt, den Stoffumsatz hebt.

15. Bei schwangeren Frauen bildet die Acetonurie kein sicheres Zeichen des Fruchttodes.

16. Bis zu Ende der Gravidität liefert die Mutter einen grossen Anteil des Fruchtwassers. »

Van der Velde kam auf dem *Amsterdamer Kongress* 1899 noch einmal kurz auf die uns interessierende Frage zurück. Queirel von Marseille hat bei 16 Frauen die wiedersprechendsten Resultate erhalten und Bertino nimmt an Hand von 20 Beobachtungen einen sceptischen Standpunkt ein.

Technik der Methylenblau-Methode. Nach Achard und Castaigne wurde in die Glutæalgegend 1 cm.^{3} einer $^1/_{20}$ wässerigen, sterilisierten Methzlenblau-Lösung injiciert. Nachdem die Blase entleert worden war, wurde 15-20 Minuten später der Harn aufgefangen, dann nach jeder Stunde bis zur vollständigen Elimination des Methylenblaus, das in der Form von Chromogen im Harn vermittelst Erhitzens mit einigen Tropfen acid. acet. nachgewiesen wurde; des weiteren wurde bei jeder Miction die Menge des gelassenen Harnes und seine Reaktion bestimmt.

Beobachtungen und Untersuchungen. Olivier hat an 23 Frauen Beobachtungen angestellt; seine Fälle, sowie 30 aus der Litteratur, werden in folgender Klassifikation untergebracht:

A. *Normale Fälle.*

1. Permeabilität (der Niere für Methylenblau resp. Chromogen) während der Schwangerschaft.
2. Permeabilität während der Geburt.
3. Permeabilität während des Wochenbettes.

B. *Abnormale Fälle.*

1. Schwangerschaft mit Albuminurie.
2. Schwangerschaft kompliziert mit schweren, gastrischen Störungen.

3. Gebärende mit Albuminurie.
4. Wöchnerin mit Albuminurie.
5. Eklampsie. (29 Fälle werden übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt.)

OLIVIER kommt am Schlusse seiner sehr fleissigen und sehr eingehenden Arbeit zu folgenden *Schlussfolgerungen:*

1. *Die Methylenblau-Methode gibt auf geburtshülflichem Gebiet keine solchen Resultate, dass man sie in diagnostischer, prognostischer oder therapeutischer Hinsicht verwerten könnte.*
2. *Die in Frage stehende Methode beweist, dass die schwersten Manifestationen sich einstellen können, trotzdem die Eliminationsorgane normalerweise funktionieren.*
3. *Die Schwangerschaft kann ohne Komplikationen ihr Ende erreichen, trotzdem die Eliminationsorgane Insufficienz aufwiesen.*
4. *Die Schwangerschafts-Intoxikation wird durch eine Retention von Toxinen verursacht; diese Retention stammt entweder von einer Ueberproduction von giftigen Stoffen oder von mangelhafter Elimination, oder von beiden Phänomenen zu gleicher Zeit her.*
5. *Es ist angezeigt, die kompleten Kurven der Elimination eingehender zu studieren, indem man Rücksicht auf alle Faktoren nimmt (Wehen etc.), die die Elimination beeinflussen könnte.*
6. *Es ist nötig, eingehender die Anwesenheit des Chromogens zu verfolgen, um so eine Eliminationskurve paralell jener zu erhalten, die man bei der einfachen Elimination von Methylenblau erhält.*
7. *Es ist unmöglich eine typische Kurve der verschiedenen Phasen der Gravidität und des Puerperiums zu konstruiren.*
8. *Das Geburts-Geschäft beeinflusst die regelmässige Elimination, indem sie selbe während der Dilatation und Expulsion vermindert und sofort nach der Geburt vermehrt.*
9. *Die Methylenblau-Methode gibt exaktere Resultate als diejenige mit Rosanilin.*

In der bibliographischen Uebersicht werden 24 einschlägige Arbeiten angeführt.

Dr V. Popoff, Russland:

Die Behandlung der Retrodeviationen und des Uterusprolaps vermittelst der Ventrofixation.

De l'Hysteropexie abdominale antérieure dans le Traitement des Rétrodéviations et du Prolapsus utérin.

(Buchdruckerei J. Studer, Genf.)

Die Arbeit basiert auf 23 Beobachtungen der *Jentzer'schen Ui sitätsfrauenklinik* und zwei weiteren Beobachtungen aus der P praxis von Dr Patru.

Verf. kommt auf Grund der angeführten Krankengeschichten z genden Schlussfolgerungen:

« 1. Die Ventrofixation erzeugt eine solide und haltbare U fixation;

2. Sie bringt gewöhnlich nach kürzerer oder längerer Zei funktionellen Beschwerden, die die Retrodeviationen des Uteru gleiten, zum Verschwinden, vorausgesetzt, dass diese Beschwerde der Retrodeviation selbst herstammen und nicht von einer Be Erkrankung;

3. Die Komplikationen, die manchmal nach der Ventrofixatio treten, haben nichts für diese Operation charakteristisches, so können sich auch bei Laparatomien aus anderer Ursache zeigen;

4. Die Ventrofixation hat keinen ungünstigen Einfluss auf Schwa schaft und Geburt;

5. Das Czerny'sche Operationsverfahren ist vorzuziehen;

6. Beim Uterus-Prolaps kann die Ventrofixation nur in Verbi mit plastischen Operationen am Collum, in der Scheide und am I in Betracht kommen. »

Dr B. Rudnewa, Tula, Russland:

Ueber Parenchymzellenembolie, ihre Entstehung und Bedeutu

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich.

(Buchdruckerei des schweiz. Grütlivereins. Zürich. 1901.)

A. *Leberzellenembolien.* Leberzellen waren die ersten, die man i Lungenkapillaren beobachtet hat.

B. *Knochenmarksriesenkernembolien.* Es ist anzunehmen, dass die Zellen, grösstenteils noch vor der Verschleppung, im Knochenmarke selbst stark degeneriert waren.

C. *Placentarriesenzellenembolien.* Am häufigsten in den Lungenkapillaren; Schmorl entdeckte sie daselbst bei an Eklampsie verstorbenen Frauen; des weitern haben die Untersuchungen normaler Placenten die Gegenwart dieser Zellen in den intervillösen Räumen (Merttens, Kosmann & A.), ebenso in Uterinvenen (Marchand, etc.) festgestellt. Nach Pels-Leusden müssen wir das Auftreten der Placentarriesenzellenembolie in den Lungen als ein sehr häufiges erwarten; diese auf mehr theoretische Voraussetzungen gemachten Angaben, haben durch die von Kassianow gemachten Beobachtungen Bestätigung erfahren. Dieser kam in seiner Arbeit zu folgenden Ergebnissen :

« 1. In allen elf von mir untersuchten Fällen — bei Wöchnerinnen sowohl wie auch Schwangeren (Nichteklamptischen) — wurde Embolie der Lungengefässe mit Riesenzellen, welche durchaus den Charakter von placentaren Riesenzellen besassen, gefunden.

2. Die Lungenembolie mit placentaren Riesenzellen ist augenscheinlich nicht vom Geburtsakte allein abhängig, da diese Embolie auch in Fällen gefunden wurde, in denen der Geburtsakt noch gar nicht begonnen hatte, z. B. im fünften Schwangerschaftsmonat.

3. Aus diesen Gründen und aus der Thatsache, dass Placentarriesenzellen auch bei normaler Schwangerschaft sehr oft frei in den Bluträumen der Uteruswandung vorgefunden werden, muss man die Placentarzellenembolie, in gewissem Grade wenigstens, als eine physiologische, von den im normalen Uterus sich abspielenden Veränderungen abhängige Erscheinung, betrachten. »

Dass es sich in diesen Fällen um placentare Riesenzellen handelt, darüber sind die Autoren (Schmorl, Lubarsch, Pels-Leusden, Kassianow) einig.

D. *Parenchymembolien.* Die Verschleppung der *Gewebsstücke* kommt meist unter den gleichen Bedingungen zustande, wie bei der Embolie von Parenchymzellen. Rudnewa kommt des weiteren auf die Dissertation von Alalykin (Petersburg 1892) : « Zur Frage über die Veränderung der morph. Bestandteile des Blutes bei den Graviden ; » zu sprechen : « Bei der Gravidität kommen für die Oekonomie des Organismus sehr wichtige Momente in Betracht: veränderte Gewebsbildung bei der allgemein veränderten Ernährung, veränderte Mischung des Blut-

plasmas, als Folge der Embryobildung und Vergrösserung de
schlechtsorgane, Abgabe des Bildungsmaterials, Verarmung des m
lichen Blutes, etc. Vermehrung des Fettgehaltes und besonders di
der weissen Blutkörperchen sind von grosser Bedeutung.

Alle diese Momente scheinen zum Zustandekommen einer E
wichtiger zu sein, als die Schwierigkeiten der Cirkulation in der u
Körperhälfte, als Dilatation der venösen Gefässe, als Trombenbildu
der Placentarstelle etc. etc.

Eigene Beobachtungen. Es handelt sich um zwei im Puerperiu
storbene, nicht eklamptische Frauen und ferner um zwei, di
Eklampsie erlegen sind. (Universitäts-Frauenklinik, Zürich. Pro
Wyder.)

Fall I. Bei der ersten Schwangerschaft: Perforation des leb
Kindes; bei der zweiten Sectio Cæsarea; bei der dritten Indic
Sectio Cæsarea conservativa. Frau starb unter den Zeichen des He
lapses. *Anatomische Diagnose:* keine anatomischen Veränderunge

Fall II wird in die Frauenklinik geschickt mit der Diagnose
Uterusruptur. Laparotomie; an der hinteren Wand ein Riss, de
Fundus bis in das untere Uterinsegment reicht. Der Inhalt der U
höhle ist übelriechend; man entschliesst sich zur supravaginalen A
tation. Exitus: Unter Atembeschwerden, unter Sinken des Pulse
fangs 160, später nicht mehr zählbar. *Anatom. Diagnose:* Suprava
Uterusamputation. Luftembolie durch die Vena spermatica sinis
die Cava infer. und das rechte Herz.

Fall III. Eklampsie. Bis zur Verbringung in die Anstalt siebe
fälle. Perforation des toten Kindes. Exitus in tiefem Coma. *Kli
Diagnose:* Eklampsie.

Fall IV. Eklampsie. Einleitung der künstlichen Frühgeburt:
linge, unreif. Coma, Exitus. *Klinische Diagnose:* Eklampsie.

In den drei letzterwähnten Fällen ist die Ursache des Todes
anders verhält es sich mit dem Fall I. Weder klinische noch anato
Diagnose geben uns darüber einen Aufschluss.

Die Ursache des Todes liegt wohl in der Verstopfung der Lun
pillaren; insbesondere müssen die Knochenmarksriesenzellen als
tiges Moment in Betracht kommen.

Dr P. Simoff, Vidin, Bulgarien:

Anatomische Untersuchungen über einen Fall von papillärem Kystadenom des Ovariums mit sarcomatöser und carcinomatöser Degeneration.

Recherches anatomiques sur un cas d'Adenokystome papillifère de l'Ovaire avec transformation sarcomateuse et carcinomateuse.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Genf.

(Druckerei S. Studer, Genf 1901.)

Es handelt sich um einen äusserst interessanten, in der Litteratur wahrscheinlich einzig dastehenden Fall, der in der Jentzer'*schen Klinik* zur Beobachtung gekommen, von Prof. Zahn « autopsiert » und von Simoff genau makroskopisch und mikroskopisch untersucht worden war.

Während das linke Ovarium in ein papilläres, multiloculäres Kystom verwandelt war, fand sich rechterseits ein Tumor, der sowohl vom klinischen, wie vom pathologisch-anatomischen Standpunkt ein spezielles und hohes Interesse verdient.

Die klinische Beobachtung lässt keinen Zweifel darüber aufkommen, dass der rechtsseitige Ovarialtumor Jahre lang bestanden haben muss und dass seine Entwicklung sich in zwei deutlich abgrenzbaren Perioden vollzog. *In der ersten, länger dauernden Periode,* verursachte die Geschwulst keine schweren Symptome (einige unbedeutende Blutungen und einige Menstruations-Unregelmässigkeiten). Wahrscheinlich handelte es sich, wie linkerseits, um ein papilläres, multiloculäres Kystom.

In der zweiten Periode, rasches Wachstum des Ovarialtumors; immer stärkere Blutungen treten auf; der Allgemein-Zustand der Pat. verschlechtert sich; Erbrechen; Appetitlosigkeit; Cachexie; Exitus.

In anatomischer Hinsicht hatte man es mit einer malignen Degeneration zu thun.

Die carcinomatöse Degeneration von Kystomen, namentlich von Dermoiden, ist, wie Marchand gezeigt, kein allzu seltenes Vorkommnis. Was die sarcomatöse Degeneration von pseudomucinösen Kystomen anbelangt, konnte Simoff in der Litteratur nur einen Fall austindig machen, denjenigen von Fischel: *Adenosarcoma cysticum ovarii sinistri.* (Prager medicin. Wochenschrift 1876.)

Der Simoff'sche Fall zeigt nun aber neben der sarcomatösen auch eine carcinomatöse Degeneration, daneben bestehén sowohl sarcomatöse Metastasen (auf dem Peritoneum), als carcinomatöse (in der Leber).

———



Dr Charles Wægeli, La Chaux-de-Fonds:

Ueber die Resultate der Ventrofixation und der Alexander'sc[h]
Operation.

Sur les résultats de l'hystéropexie abdominale et de l'opératio[n]
d'Alexander.

Aus der chirurg.-gynäkolog. Klinik des Herrn Prof. Roux in Lau[sanne]
(Buchdruckerei Taponnier & Soldini, Genf 1901.)

Wægeli verfügte zu seinen Untersuchungen über ein 12jä[hriges]
Material der Roux'schen Klinik.

Eine detaillierte, kritische Litteraturübersicht leitet die Arbe[it ein]
bezüglich der Ergründung der Resultate der Ventrofixation u[nd der]
Alexander-Operation legt sich Wægeli folgende Fragen vor:

1. Sind die in Frage stehenden Operationen schwierig auszuführ[en]
präsentieren sie grössere Gefahren, als andere Interventionen, d[ie]
fällig in Betracht kommen könnten?

2. Geben diese Operationen eine Disposition zu Brüchen ab un[d]
Complicationen von Seiten der Blase zu fürchten?

3. Unmittelbare und Dauer-Resultate? Wie viele Recidive? Sin[d]
wirklich der Methode zur Last zu legen?

4. Verläuft bei event. eintretender Schwangerschaft diese, sow[ie]
Geburt selbst, normal? Bleibt die korrigierte Lage nach der Geb[urt er]
halten?

Nach eingehender Beschreibung der von Roux befolgten Method[e der]
Ventrofixation, der extraperitonealen und intraperitonealen V[erkür]
zung der lig. rotunda, kommt Wægeli auf das Roux'sche Material
zu sprechen. In Tabellenform werden *69 Fälle von Hysteropex[ie]*
21 Fälle von Alexander-Operation (extraperitoneal und intraperi[toneal])
zusammengestellt.

Beantwortung der oben mitgeteilten 4 Fragen bezüglich der Ve[ntro]
fixation.

1. Die abdominale Hysteropexie weist weder grössere Schwierig[keiten]
noch grössere Gefahren auf, als irgend ein anderes analoges Oper[ations]
Verfahren. Auf 102 Fälle kommt nicht ein einziger Todesfall.

2. Bei 69 näher untersuchten und kontrollierten Fällen konnte [kein]
einziges Mal eine Bauchhernie nachgewiesen werden.

Bezüglich der Blasen-Complicationen konnte konstatiert werden, dass in 13 Fällen (von 69) die Patientinnen einige Schwierigkeiten beim « Wasserlassen » hatten, Schwierigkeiten, die in spätestens 5 Tagen verschwunden waren. »

3. 54 Heilungen (78,2 %) und 15 Recidive; in diesen letzteren war die Ventrofixation 10 mal wegen Prolapsus uteri oder Cystocele und Rectocele gemacht worden. Die Ventrofixation ist eine vorzügliche Operation, wenn sie bei Retrodeviationen in Anwendung gebracht wird, die nicht mit Prolapsus uteri oder vaginæ compliciert sind. Besteht eine dieser eben genannten Affektionen, oder ein mehr oder weniger ausgedehnter Scheiden-Dammriss, dann kann sie in der Hälfte allein zu einem Dauererfolg nicht führen und muss mit anderweitigen plastischen Operationen kombiniert werden.

4. Neun Frauen konnten untersucht werden, die nach Ventrofixation schwanger wurden; fünf haben am normalen Schwangerschaftstermin regelrecht geboren.

Bei sämtlichen neun Fällen blieb der Uterus in der ventrofixierten Lage.

Beantwortung der oben mitgeteilten vier Fragen bezüglich der Alexander-Operation.

1) Die Verkürzung der runden Mutterbänder ist nicht schwieriger, als irgend eine in Betracht fallende chirurgische Intervention; ebenso sind die Gefahren dieselben; die intraperitoneale Verkürzung der lig. rotunda rangiert, betreffs letzteren, unter die Laparotomien. An der Roux'schen Klinik wurde die Alexander-Operation (extraperitoneal und intraperitoneal) 38 Mal ausgeführt, ohne dass man einen Exitus zu beklagen gehabt hätte.

2) In 21 später controllierten Fällen konnte kein Bruch nachgewiesen werden; über Blasenbeschwerden wurde nicht geklagt.

3) 80,9 % Heilungen; vier Recidive. Die extraperitoneale *Alexander*-Operation gab in neun Fällen sieben Heilungen (78,4 %). Die intraperitoneale *Alexander*-Operation gab in 12 Fällen 10 Heilungen (83,3 %).

4) Unter 21 operierten Frauen wurden nur zwei schwanger; das Material mangelt daher, um die Frage des Einflusses der Alexander-Operation auf Schwangerschaft und Geburt einlässlich zu studieren.

Schlussfolgerungen: Die Ventrofixation zeitigt sehr gute Resultate; sie ist hauptsächlich bei fixierter Retrodeviation indiziert; sie disponiert zu beschwerlichen Schwangerschaften und Geburten, muss daher auf Frauen

beschränkt werden, die nur wenig oder gar keine Chancen bieten, sch zu werden; hier kommt die Alexander-Operation in Frage.

Ist die Retrodeviation von weiteren Anomalien begleitet, so gen Ventrofixation für sich allein nicht.

Die Alexander-Operation kommt für die mobilen Retrodeviatio Anwendung; sie gestattet nicht einen fixierten Uterus zu befreien.

Beim Prolapse kommt eher die Ventrofixation (mit Nebenope in Betracht.

Die intraperitoneale Verkürzung der lig. rotunda vereinigt di teile der Ventrofixation und der Alexander-Operation (extraperi Verkürzung) ohne die Nachteile dieser aufzuweisen.

Dr. Carl Rud. Wild, St. Gallen :

Anatomische Untersuchungen über das puerperale Osteophyt un Beziehungen zu allgemeinen Knochenveränderungen der Schwa

Aus dem ehemaligen Privatlaboratorium von Dr. Hanau in Züri aus dem Leichenhause des Kantonsspitals zu St. Gallen.
(C. H. Beck'sche Buchdruckerei, Nördlingen.)

Die Wild'sche Arbeit gibt die von Hanau seinerzeit in Aussi stellte ausführliche Veröffentlichung seiner Mitteilungen über d stehen einer « *physiologischen* » *Osteomalacie* der Schwangern un Beziehung zum *puerperalen Osteophyt*, sowie die Ergebnisse der sp eigenen Untersuchungen.

* *Bemerkung des Referent.* Es ist nicht ganz richtig, dass die *Alexander'sc ration* bei fixierter Retrodeviation nicht gestatte, den Uterus zu befreien. A. pohn, Chicago (Indications, Technique, and Results of an Improved Alexand ration in Aseptic Adherent Retroversions of the Uterus, when Combined with I Celiotomy via the Dilated Internal Inguinal Ring. The American Journal of Ob Vol. XLI. N° 5, 1900.) hat vorgeschlagen, die Adhæsionen durch den Inguin anzugreifen, den Uterus nach vorn zu bringen und dann die Lig. rotunda kürzen. In einer ansehnlichen Zahl von Fällen hat Goldspohn diesen seinen V praktisch und mit Erfolg ausgeführt. Ich habe diese *Alexander-Goldspohn-O* ein einziges Mal ausgeführt, dabei aber entschieden einen Status post oper beobachtet, der an eine lokalisierte Peritonis erinnerte. Die Pat. ist glücklic mit dem Leben davongekommen und geheilt. Ich denke, dass der *Pfannens suprasymphysäre Fascienquerschnitt die Goldspohn'sche Modification der der-Operation* gänzlich verdrängen wird.

Der erste, dem rein klinisch die « *physiologische* » *Osteomalacia gravidarum* und ihr unmerklicher Uebergang zur « Pathologischen » nicht entgangen ist, ist der bekannte verstorbene französische Kliniker Gubler; allerdings war er sich über den Zusammenhang mit dem puerperalen Osteophyt nicht im Klaren. — Der anatomische Nachweis der physiologischen Osteomalacie der Schwangern stammt von Hanau. « *Das puerperale Osteophyt ist nur der grobe, makroskopische sichtbare Teil dieser, das ganze Knochengerüste betreffenden Veränderung.* » — Zur Zeit der ersten dieser Untersuchungen war bereits 1891 Gelpke's Monographie « Über *die Osteomalacie im Ergolzthale* » erschienen, worin er mit grosser Bestimmtheit die Vermutung von dem regelmässigen Vorkommen geringgradiger, der Osteomalacie analoger Veränderungen in den Knochen aller Schwangeren äussert, die, wenn sie sich in stärkerem Grade entwickelt, direkt zur eigentlichen Osteomalacie hinüberleiten. — Ganz unabhängig von einander waren also Hanau und Gelpke durch theoretische Schlussfolgerungen aus bekannten Thatsachen zu ihren Vermutungen gekommen : Hanau hatte aber ausserdem bereits den seinigen durch beweisende Præparate eine faktische Grundlage gegeben. Gelpke hat dann 1897 nach der Veröffentlichung von Hanau's Untersuchungsresultaten seine frühere Vermutung zur bestimmten Behauptung erhoben, « dass es nämlich in der Schwangerschaft eine physiologische Osteomalacie der Beckenknochen gibt, d. h. dass parallel der allbekannten Auflockerung der Weichteile der puerperalen Beckenorgane eine Auflockerung der Beckenknochen nach Art der osteomalacischen einhergehe und dass dieser Zustand den Ausgangspunkt für die pathologische Osteomalacie bilde, als einem Excesse des Zulässigen. » Er steht mit Bouley dabei auf der Lehre von der Kalkberaubung des fertigen Knochengewebes; wesentlich anders ist zum Teil nun die Erklärung, die Hanau seiner physiologischen Osteomalacie zu Grunde legt. Basiert auf die Untersuchung von 26 hiehergehörigen Fällen kommt er zu folgenden Sätzen :

1. Bei einer erheblichen Anzahl Puerperæ finden sich aussergewöhnlich breite und zahlreiche Lagen kalkloser Knochensubstanz, sowohl subperiostal, wie besonders auf der Wand der Markräume, Havers'schen und mancher perforiender Kanäle (im letzten Fall quer zu den durchbohrten Lamellen), und zwar sind diese kalklosen Schichten, wenn ein exquisit kalkloses und womöglich auch besonders dickes Schädelosteophyt vorhanden ist, sowohl in Bezug auf ihre Dicke, wie auf ihre Verbreitung, besonders stark ausgebildet.

2. Fehlte das Schädel-Osteophyt oder war es ganz verkalkt, so
auch die Säume meist, oder sie waren sehr dürftig und nur im
vorhanden.

3. Bei partieller Verkalkung des Schädelosteophyts war das V
der kalklosen Säume ein wechselndes, zum Teil waren sie auch
(d. i. unvollkommen) frisch verkalkt.

4. Vorwiegend waren diese Veränderungen im Becken.

5. Die Breite der osteoiden Schichten und ihre Ausdehnung k
bei Osteomalacie beobachteten gleichkommen, obschon in kei
Fälle solche klinisch oder grob anatomisch diagnostiziert war. All
kann der Knochen leichter schneidbar sein.

6. *Es besteht somit ein Parallelismus zwischen dem pue
Osteophyt und diesen Schichten. Das puerperale Schädelosteophyt
der grobe, makroskopisch sichtbare Teil dieser das ganze Knoch
betreffenden Veränderungen,* wenn man von weissen feinen Streif
der Gefässe im Knochen absieht, die auch v. RECKLINGHAUSEN be
malacie beschrieben hat.

7. *Hieraus folgt schon ohne weiteres mit grösster Wahrschein
dass diese kalklosen Schichten als aufgelagert, neu gebildet und un
geblieben, nicht als durch Kalkberaubung entstanden, anzusehen*

8. Für diese Deutung spricht ferner noch entschieden die meist
lineäre, gegen den kalkhaltigen Knochen konvex gebuckelte Gr
der kalklosen Zonen;

9. *endlich mit voller Sicherheit der direkte Zusammenhang des
osteophyts mit der kalklosen Auskleidung auf die Schädelinn
mündender Knochenkanäle.*

WILD hat sich des weiteren der mühsamen und deshalb höc
dankenswerten Arbeit unterzogen, weitere 32 einschlägige F
gehend zu untersuchen; er ist daher in der Lage, die HANA
Mitteilungen noch zu ergänzen und ihnen einige neue Punkte h
fügen:

1. In jedem Knochen nimmt *von der Peripherie gegen das Z
hin die Menge der osteoiden Substanz* allmählich, oft auch ziemlic
ab; in den Fällen mit wenig osteoiden Zonen sind dieselben auf d
pakten Corticalschichten und die periphersten Spongiosabezi
schränkt. (Eine ganz vereinzelte Ausnahme wird gebildet durch
in Gruppe c, bei welchem die osteoiden Zonen fast ausschliesslic
Spongiosa angetroffen worden sind).

2. Besonders reichlich werden die osteoiden Zonen angetroffen in der Rippe und im Sternum, in der Nähe des Rippenknorpels, im Os pubis, in der Nachbarschaft der Symphyse, im Wirbel, in dessen Grundplatte. Es scheinen somit in jedem Knochen *die der Knochenknorpelgrenze benachbarten Gebiete besonders günstige Verhältnisse für die Ablagerung osteoiden Gewebes zu bieten.*

3. Hinsichtlich des Gehalts an osteoider Substanz nimmt das Becken weitaus den ersten Rang ein (siehe Satz 2 und 4); ihm schliessen sich Wirbel und Rippe an, die unter sich keine auffallenden Verschiedenheiten zeigen, und erst an letzter Stelle kommt der Schädelknochen, also wie bei der pathologischen puerperalen Malacie.

4. Neben den osteoiden Zonen wurden nahezu in jedem Knochen, und zwar in ganz analoger Weise verteilt wie jene, solche aus *unvollkommen verkalkter Substanz* bald in grösserer, bald in geringerer Zahl angetroffen. Sie kamen teils für sich allein vor, teils in Begleitung der osteoiden Zonen, zwischen dieselben und den alten Knochen eingelagert. Ihre Grenze nach dem fertig verkalkten Knochen zu war fast immer durch eine scharfe Linie gebildet, gegen die osteoide Substanz hin war sie dagegen entweder ebenfalls scharf lineär — und dann handelte es sich um ein Anlagerungssystem für sich — oder aber mehr oder weniger verschwommen — und dann gehörten beiderlei Zonen demselben System an. Die Breite dieser Zonen übertraf in der Regel diejenige der osteoiden durchschnittlich um das zwei- bis dreifache,

5. In der ersten, bereits weniger deutlich in der zweiten Gruppe unserer Fälle, waren die Zonen unvollkommen verkalkter Substanz durchwegs seltener als die osteoiden, in den beiden letzten Gruppen dagegen wurden sie in der Regel bedeutend häufiger angetroffen als jene: je seltener daher die osteoiden Zonen in einem Knochen waren, desto relativ häufiger wurden diejenigen aus unvollkommen verkalkter Substanz.

6. Desgleichen enthielt auch das Osteophyt in den meisten Fällen, in denen es nicht vollständig verkalkt war, ausser den osteoiden Zonen auch Partien unvollkommen verkalkter Substanz; seltener in den Knochen kamen solche allein in ihm vor. In den beiden ersten Gruppen war der ganze nicht osteoide Teil des Osteophytes unvollkommen verkalkt, in den beiden andern, speziell aber im letzten, trat hingegen die total verkalkte Knochensubstanz immer mehr in den Vordergrund, auch waren oft die unvollkommen verkalkten Partien undeutlich ausgebildet.

7. Der unter Ziffer 6 erwähnte Parallelismus zwischen Osteophy Knochengerüst hat sich sozusagen in allen unsern Fällen bestätigt entschiedene Ausnahme bildete nur der überhaupt gesondert beha Fall 17 mit seiner reichlichen osteoiden Substanz in den Knochen, s in jenen des Rumpfes, und seinem nahezu total verkalkten Oste Entsprechend, aber nur in ganz geringem Grade, verhielt sich F den wir deswegen als Zwitterfall zwischen der Gruppe a und b be neten. Das entgegengesetzte Verhalten hingegen: weiches Ost und Fehlen osteoider Substanz in den Knochen — wurde nie konst höchstens war es angedeutet in Fall 22 in Gruppe c.

8. Ein Parallelismus zwischen Dicke und Ausbreitung des Oste einerseits und Menge kalklosen Gewebes in den Knochen andererse steht in groben Zügen entschieden auch, kann aber nicht bis zu einzelnen Falle hinab verfolgt werden, wie es mit Bezug auf den gehalt von Knochen und Osteophyt möglich ist.

9. Die Verkalkung des Osteophyts beginnt stets an seiner Bas dehnt sich von hier aus allmählich nach der cerebralen Oberfläch Beim mehrschichtigen Osteophyt geschieht dies in der Weise, da Basaletage ausgenommen, stets zunächst ein axialer verkalkter St in jeder Etage auftritt, dem sowohl cerebral- als auch cranialwärts oide Lagen aufsitzen. Dieselben sind um so schmaler, je näher s Osteophytbasis liegen, und am gleichen Balken ist die craniale os Lage stets schmaler als die cerebrale. Die Basalschicht hingege ganz analog auch das einschichtige Osteophyt verkalken in der von der Ansatzstelle an der Glastafel aus; nur ganz selten fand hier Andeutungen osteoider oder unvollkommen verkalkter Sul eingelagert, fast stets reicht die verkalkte Osteophytpartie direkt a Schädelknochen heran und verschmilzt in der Folgezeit mit ihn osteoide Substanz, bei partiell verkalkter Basalschicht, wird fas nahmslos an deren cerebraler Seite angetroffen.

Zwei hübsche, farbige Abbildungen von mikroskopischen Kn schnitten sind beigegeben.

Dr. J. WITKIEWICZ, Brigidpol, Polen:

Ueber die Entstehung der Kalkkugeln in den Psammocarcinomen des Ovariums.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich.
(Druck von Hans Fischer, Zürich-Oberstrass 1901.)

Bei einer Sektion im pathologischen Institute wurde ein Ovarialtumor gefunden, der wohl an die Seite der von KOLISKO (Med. Jahrbücher, Wien, 1884) beschriebenen Tumoren gestellt werden kann. In Anbetracht der nicht genau übereinstimmenden Meinungen, welche in der einschlägigen Literatur über diese Frage vertreten sind, fühlt sich W. berechtigt, die Untersuchungen über das Psammocarcinom als nicht ganz abgeschlossen zu betrachten und seine Befunde zu veröffentlichen. Es folgt eine sehr detaillierte. mikroskopische Beschreibung des aus dem ERNST'schen Institut stammenden Falles, nebst 4 instruktiven Abbildungen und einem Litteratur-Verzeichnis, das 23 Publikationen anführt.

Erklärung der Abbildungen.



Fig. 22.

Fig. 22. Schwach vergrösserter, nicht entkalkter Schnitt (Hæmatoxyl-Eosin). Runde und netzförmige Kalkkörner.

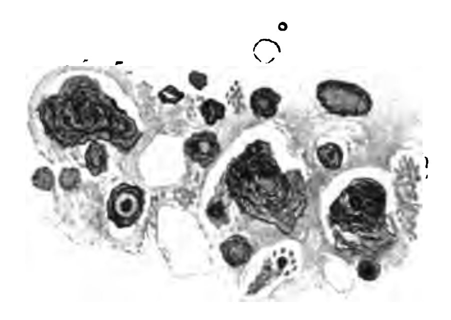


Fig. 23.

Fig. 23. Entkalkter Schnitt (van Gieson).

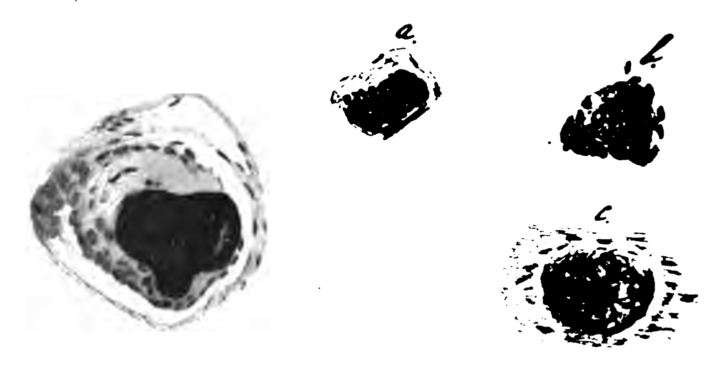


Fig. 24. Fig. 25.

Fig. 24. Die Kalkkugel liegt in einer hyalen degenerierten Zellalveole; da, wo der Verkalkungsprozess den Rand erreicht hat, sind die Zellen zu Grunde gegangen.

Fig. 25. Verschiedene Stadien der Kalk-Ablagerung bei der Bildung einer maulbeerförmigen Kugel.

Witkiewicz kommt zum Schlusse seiner hübschen und gewissenhaften Arbeit zu folgenden Folgerungen:

« Die Psammomkugeln in den Psammocarcinomen des Ovariums entstehen durch Verkalkung von Epithelzellen, sind also genetisch verschieden von den Psammomkugeln in den Tumoren der Dura mater.

Trotz der verschiedenen Genese der Verkalkung in diesen beiden Tumorarten, liegt in beiden Fällen der Verkalkung die gleiche, nämlich die hyaline Degeneration zu Grunde. »

Dr. H. Zbinden, Interlaken:

Beitrag zum Studium der Wanderniere und deren chirurgische Behandlung.

Contribution à l'étude du Rein Flottant et de son Traitement Opératoire.
Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Kocher in Bern.

(Verlag von Henry Kündig, Genf.)

Folgt zuerst ein einleitendes Kapitel über « *normale Anatomie;* » dann wird das von Kocher befolgte *Operations-Verfahren der Nephroraphie* resp. Nephropexie beschrieben: Incision parallel der zwölften Rippe, gerade unterhalb derselben, durch Haut und Muskulatur; nachdem man des weitern die tiefe Rippenlendenfascie durchtrennt hat, kommt die Fettkapsel der Niere zu Gesicht; indem man diese mit Arterienklemmen fasst und nach aussen zieht, kommt die Niere zum Vorschein; der Assistent übt zugleich einen Druck auf die Niere aus, indem er selbe vom Abdomen her in die Wunde drängt; dann wird so tief wie möglich die fibröse Kapsel an die tiefe Fascie angenäht und erst jetzt incidirt man mehr nach oben die fibröse Hülle und fixiert die beiden Incisionsränder an die tiefen Fascien; die fibröse Kapsel selbst wird nun noch nach allen Seiten von der Nierensubstanz etwas losgelöst und schliesslich der Wundtrichter mit steriler Gaze ausgefüllt. Antiseptischer Verband, der nach 8 Tagen gewechselt wird. Heilung in ca. 6 Wochen.

Folgen 19 detaillierte Krankengeschichten, resp. Operationsberichte und die daraus sich ergebenden *Schlussfolgerungen*: *Die Wanderniere ist bei der Frau viel häufiger, als beim Manne.* (18 Frauen, 1 Mann.) 17 mal befand sich das Leiden auf der rechten Seite. Die Ursache dieser Bevorzugung der rechten Seite liegt nach Zbinden in der gegebenen anatomischen Anlage. Bezüglich der *Aetiologie* kommt nach Landau und Senator hauptsächlich die Schwangerschaft in Frage; immerhin befinden sich unter den 18 weiblichen Individuen 10 unverheiratete Frauen. Hare, Oppolzer und Rayer haben sogar den günstigen Einfluss der Gravidität auf die Wanderniere dargethan. In aetiologischer Hinsicht kommt des weitern in Betracht das Trauma. (18 % Chassin; 29 % Sulzer und 26 % Kocher.)

15 von den 19 Fällen konnten später wieder untersucht werden; 13 mal war die Niere vollkommen fixiert. (87 % günstige Resultate).

Die Methode der offenen Behandlung nach KOCHER zeitigt also vorzügliche Resultate; die Beschwerden, über welche Operierte manchmal klagen, stammen von anderweitigen Erkrankungen her.

Bemerkung des Referent.: Es sei mir gestattet zu erwähnen, dass George M. EDEBOHLS in New-York eine ähnliche Operation, wie KOCHER, ausführt, während aber dieser letztere Autor die Nierenkapsel offen lässt, um durch neugebildetes Bindegewebe von der Körperoberfläche her eine sichere Fixation der ehemaligen Wanderniere zu erzielen, rät EDEBOHLS zur «Dekapsulation,» um so durch Granulationsgewebe neue Gefässe in die Nierensubstanz hinzuleiten. EDEBOHLS hat so Fälle von Wanderniere, compliciert mit chron. Nephritis, sowie reine chron. Nephritiden zur Heilung gebracht. (The Cure of Chronic Bright's Disease by Operation. Medical Record, December 21. 1901.)

Da die *chronische Nephritis,* die als unheilbar galt, nun mit Erfolg operativ zur Besserung und selbst Heilung gebracht werden kann, so hat sich mir die Ueberzeugung aufgedrängt, dass die EDEBOHL'sche Publikation auch in deutscher Sprache den Herren Kollegen zur Verfügung stehen sollte; ich werde daher innert kurzer Frist die deutsche Uebersetzung publicieren und hoffe so, den an chron. Nephritis Leidenden einen Dienst zu leisten.

III

Mitteilungen aus der Praxis.

Vereinigung prakt. Aerzte von Zürich und Umgebung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 7, 1901, pag. 224 ff.)

Dr. Häberlin:

1. Demonstriert eine *Hydronephrose*, mit 18 Liter Flüssigkeit, bei einer Patientin, welche wenige Monate vorher ein normales Kind geboren und bei welcher der schwangere Uterus ganz nach rechts unten gedrängt war und nur als kleiner Nebenknollen imponierte.

2. Berichtet über eine Schwangere, bei welcher wegen Beckenenge und bedrohlichen Ernährungsstörungen die *künstliche Frühgeburt* einzuleiten versucht wurde, wo aber wiederholte Tamponade der Scheide und des Cervicalkanals nebst Bädern etc. *nicht zum Erfolge* führte und dann einige Wochen später die Geburt spontan begann und durch Wendung bei Querlage zu Ende geführt wurde.

3. Zeigt einen *Thrombus placentæ*, der zu Abortus führte.

4. Referiert über einen Fall von *Perforatio uteri* bei engem Becken, bei einer Mehrgebährenden, bei welcher eine frühere Excochleatio einen kleinen Schädelknochen zu Tage förderte. Die Perforation entstand nach nur sechsstündigen, allerdings ziemlich kräftigen Wehen. Perforation des lebenden Kindes. Exitus am dritten Tage des Wochenbettes, infolge einer intrauterinen Ausspühlung gegen die zersetzten Lochien. Die kleine Perforation entsprach dem Sitz des früher entfernten Knochens.

5. Mit glücklichem Ausgange dagegen endete ein Fall *schwerster puerperaler Sepsis*, bei welchen H. konsultiert wurde. Die so ziemlich aufgegebene Patientin erhielt Antistreptococcenserum, wiederholentlich Salz-

wasserinfusionen (mehrere Liter per Tag) nebst Alkohol und hydropathischen Umschlägen. Den besten Erfolg schienen die subcutanen Infusionen zu haben, welche der Patientin über die schwersten Tage hinweg halfen.

6. Demonstriert zum Schlusse die *innige Verschlingung* und Verwachsung von *rechter Tube* mit *Proc. vermiformis*, wodurch die Schwierigkeit, ja gelegentlich die Unmöglichkeit der Differenzialdiagnose, deutlich erklärt wird.

Dr. Binder:

Berichtet über 4 Fälle von *Eihautretention,* durch deren Verlauf er zu der Ansicht gekommen ist, dass das in den Lehrbüchern angegebene expectative Verfahren nicht immer zweckmässig sei. In der *Diskussion* wird allseitig hervorgehoben, dass nur zugewartet werden darf, wenn und so lange keine Störungen (Blutungen, Fieber etc.) im Wochenbettverlauf auftreten.

Dr. Schäppi:

Demonstriert 1. *linksseitige Syndactylie,* zwei ulnare Finger fehlen; rechts sind vier Finger entwickelt, aber der Daumen fehlt; an dessen Stelle befindet sich ein elastischer, kugliger, wallnussgrosser Tumor. Abschnürung durch amniotische Bänder.

2. Bei einem Mädchen eine eigentümlich configurierte, *hypertrophische Scheidenklappe,* die als kleinkirschgrosse Geschwulst aus der Vulva prolabierte.

3. Den puerperalen Uterus einer Wöchnerin, welche trotz mehrfacher intrauteriner Tamponade, Ergotin etc. trotz intravenösen Salzwasserinfusionen an konstanter, aber nie heftiger Blutung starb. Als Ursache zeigten sich mehrere zum Teil geplatzte Varicen an der Placentarstelle.

Dr. Sturzenegger:

Hat bei einer Patientin, bei welcher ein Jahr vorher wegen Nierentuberkulose die rechte Niere entfernt worden war und die seither oft an Cystitis gelitten hatte, den künstlichen Abort eingeleitet, weil er befürchtete, dass bei der bestehenden Cystitis unter der Gravidität die andere Niere zu sehr gefährdet sei. — In der *Diskussion* wird dem Vorgehen allgemein beigestimmt.

D[r] Max von Arx, Olten:

Kasuistik.

(Jahresbericht des Solothurn. Kantonsspitals in Olten pro 1900. pag. 24 u. ff.)

1. *Grosser Nabelbruch; beidseitig Cruralhernien.* 54jährige, sehr korpulente Frau; der kopfgrosse Tumor in der Nabelgegend, sowie das ganze Abdomen sehr druckempfindlich. Der Bruchinhalt, Netz und Darm sind mit dem Bruchsack teilweise verwachsen und lassen sich nicht in das Abdomen reponieren. Aus der Abdominalhöhle entleert sich viel trübe, blutige Flüssigkeit von fötidem Geruch etc. Beim Verschluss der Bauchhöhle stirbt die Patientin im Collaps.

2. *Incarcerierte linksseitige Cruralhernie.* 69 jährige Frau; im Bruchsack liegt eine Dünndarmschlinge blauschwarz und schmutzig-trüb verfärbt, die erst nach Vornahme des Debridement mobil wird. Resektion. Reactionslose Heilung.

3. *Hernia cruralis incarcerata dextra.* 68 jährige Jungfrau; Einklemmung besteht seit zwei Tagen; linkerseits besteht ebenfalls eine *Schenkelhernie von Wallnussgrösse,* reponierbar. Der Bruchinhalt imponiert als Darm und scheint eine mehr stielartige Verbindung nach dem Abdomen hin zu besitzen. Debridement und Reposition des Bruchinhaltes; hierauf ergiesst sich aus der Bauchhöhle dunkelbraunrote Flüssigkeit; deshalb wird sofort die Laparotomie angeschlossen; das kolbig verdickte, distale Ende des proc. vermiform., mit starken Verwachsungen am inneren Inguinalring, hatte den Bruchinhalt gebildet. Abtragung dieses eigentümlichen 12 cm. langen Gebildes. Abcessbildung in der Bruchwunde. Heilung.

Totalexstirpatio uteri per vaginam. Frau, die vor einigen Wochen auswärts einen Schlaganfall durchgemacht hatte; vollständiger Prolaps und subseröses Fibroid, nachträglich wurde eine *Herniotomie* notwendig; Exitus einige Tage später an allgemeiner Peritonitis.

Kystoma ovarii. 23 jährige Pat.; im Dez. 1899 von v. Arx wegen Kyst. ovar. operiert; 15. V. 1900 tritt neuerdings ins Spital ein, wegen rasch wachsender Zunahme des Abdomens. Probelaparotomie. *Rundzellen-Sarkom,* dessen Ausgangspunkt bei der 14 Tage später erfolgten Autopsie nicht mehr eruiert werden konnte.

Peritonitis perforativa nach Stieltorsion einer Dermoidcyste. 35jäh
Pat.; seit 8 Jahren hie und da Schmerzen im Unterleib; seit ei
Wochen soll der Leibesumfang zugenommen haben; vor 3 Tagen
lich starke Schmerzen im Unterleib etc. *Diagnose:* Stieltorsion
Ovarialcyste. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich du
rote, getrübte Flüssigkeit mit einem Bündel verfilzter Haare. Abbi
des mehrkammerigen Tumors und gründliche Bauchtoilette mit ste
Kochsalzlösung. Pat. stirbt 4 Tage post operat. an der bereits be
denen Peritonitis perforativa.

Myxoma chorii. 23jährige Pat., gravid; immer heftiger werdende
tungen. Die in Aussicht genommene Einleitung des Abortus wird d
Abgang einer sehr grossen Mole vereitelt. Scheidentamponade mit
formgaze. Heilung.

Dr Hæberlin, Zürich:

Ueber den Dammschutz.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 14, 1901, pag. 45

Dieser Mitteilung liegen die 11jährigen Erfahrungen in der Pr
praxis zu Grunde. Am besten wird die Gebärende in linke Seite
gebracht, die Oberschenkel durch ein Kissen oder durch die Assi
auseinandergehalten.

Hæberlin beschreibt sein Verfahren folgendermassen:

« Mit der *linken* Hand halte ich während der Wehe den Kopf zu
und dehne in der Wehenpause die vorderen Weichteile und schieb
nach hinten.

Mit der *rechten* Hand verhindere ich die übermässige Ausdehnun
Dammes, indem ich zangenförmig die hintere Hälfte der Vulva
greife; dehne den Saum in der Wehenpause durch Zurückziehen
den Kopf, halte während der Wehe den Kopf zurück und dränge i
der Wehenpause nach vorne durch Einwirkung des Druckes hinter
grössten Schädelumfang. »

Dr. H. Henne, Schaffhausen:

Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 23, pag. 758. 1901. und Centralblatt für Gyn. Nr. 51, 1901, pag. 1392.)

27jährige IV para, Blasensprung vor ca. 30 Minuten; in der Scheide ein grosses Convolut lebhaft pulsierender Nabelschnurschlingen; Muttermund handtellergross; Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Tiefe Insertion der Placenta. Reposition der vorgefallenen Nabelschnur (auch in tiefer Narkose) gelingt nicht. Henne liess sich nun ein steriles, in Lysollösung ausgerungenes Tuch geben, führte dasselbe zusammengeknüllt in die Scheide und schob mit demselben das ganze Schlingenconvolut neben dem kindlichen Kopf vorbei, in die Eihöhle hinauf, während mit der äusseren Hand der Kopf kräftig auf den Beckeneingang gepresst wurde. Bald kräftige Wehen; Nabelschnur blieb reponiert, nach 2 Stunden spontane Geburt eines lebenden Mädchens von 3000 gr. Gewicht. Placenta und Tuch folgten bald nach; die Nabelschnur war 130 cm. lang.

———

Dr. A. Machard, Genf:

Dermoidkyste des rechten Ovariums bei einem 14jährigen Mädchen. Stieldrehung. Darmocclusion. Exstirpation.

(Revue méd. de la Suisse romande. N° 10, 1901.)

Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Lokale Eiteransammlung nach Perityphlitis oder Darmocclusion durch einen Tumor. Bei der vorgenommenen Laparotomie zeigt es sich, dass man es mit einer Stieltorsion (3 fach) einer Dermoidcyste zu thun hatte. Diese wog 370 gr. trotzdem durch Punktion 50-60 gr. verloren gingen; die mikroskopische Untersuchung, ausgeführt von Dr. Wiki, ergab keine maligne Degeneration.

Als Ursache der Stieldrehung muss man im vorliegenden Falle den langen und schlanken Stiel, sowie das Gewicht der mobilen Geschwulst verantwortlich machen; dazu kam dann eine plötzliche Vermehrung des Volumens des Tumors durch eine prämenstruelle Congestion. Die Darmocclusion war durch das stark gedehnte Dermoid verursacht worden.

———



Dr. J. Nadler, Seen bei Winterthur:

Ueber Peroneuslähmung infolge schwerer Geburt.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 18, pag. 590, 19

Peroneuslähmungen nach Geburten sind relativ selten; es sind h
sächlich französische Autoren in den sechziger und siebenziger J
welche solche Lähmungen beschrieben haben; in der neueren deu
Litteratur hat Hünermann (Archiv f. Gynæcologie, XXII. Band,
dieselben eingehend behandelt.

Erste Kategorie von Peroneus- (und Ischiadicus-) Lähmungen
Geburten sind auf *puerperale Polyneuritis* zurückzuführen; eine
Kategorie (der Ischiadicuslähmungen) umfasst die entzündlichen
gänge im Becken (Parametritis, Venenthrombosen u. s. w.), wo
Entzündung auch auf die Nerven des Plexus sacralis übergrei
dritte Kategorie endlich sind Drucklähmungen und diese treffen
tümlicherweise fast ausschliesslich den Nervus peroneus.

Eine Quetschung des Truncus lumbosacralis (bestehend aus
Teil des vierten und dem ganzen fünften Nervus lumbalis) komm
hauptsächlich beim allgemein gleichmässig verengten Becken vor
die Nadler'sche Beobachtung gehört hieher:

25jährige Erstgebärende; Rücken links, Schädel im Becken; Herztöne n
hören. Beckenmasse: Sp. 21. Cristæ 26, Trochant 29. Conj. extern. 16, Conju
10¼. Zangenapplication; 6 Traktionen; Kind tot; 50 cm. lang.

Wochenbett verlief mit Fieber bis (38,4); übelriechende Lochien; das rech
konnte kaum bewegt werden; beständig das Gefühl des « Eingeschlafenseir
General-Untersuchung der Sensibilität und Motilität ergab *eine beträchtliche L*
der sensiblen und motorischen Fasern des Nervus peroneus dexter, auf Massa
trizität und Bäder folgte rasche Besserung. Heilung nahm vier Wochen in A

Nicht immer ist der Ausgang ein so günstiger; von 11 Fällen,
der Litteratur gefunden wurden, endeten fünf mit bleibenden sc
Lähmungen, Atrophien und Spitzfusskontraktur, drei mit Bes
und drei mit völliger Heilung; die Heilungsdauer schwankte von
Wochen bis zu mehreren Monaten.

Med. Prakt. Paravicini sen., Albisbrunn, Ct. Zürich:

Selbstmassage und Gymnastik im lauen Bade*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 2, pag. 44, 1901.)

Soweit die *chronische Obstipation* in Betracht kommt, sagt Paravicini wörtlich folgendes: « Die Selbstmassage mit der Kugel (wollüberstrickte Kugel von Prof. Sahli) wird am besten morgens früh im Bette, in Rückenlage vorgenommen. Direkt im Anschluss daran kann die Selbstmassage im lauwarmen Bade von 32° Celsius folgen oder auch im Laufe des Vormittags, lieber nicht erst nach der Hauptmahlzeit. Fünf, sechs bis zehn Minuten genügen, aber es soll ein wenig Kraft entfaltet werden. Die Dicke und Spannung der Bauchdecken ist leicht zu überwinden und vor dem Zuviel schützt einem die allfällige Schmerzhaftigkeit.

Beim weiblichen Geschlecht wirkt diese Selbstmassage im lauen Bade nicht selten regulierend auf die Blutdruckverhältnisse im ganzen Abdomen und auf die Menstruation.

Dr. H. Vulliet, Lausanne:

Nierensteine und Frühgeburt.

(Revue Médicale de la Suisse romande. Nr. 8, 1901.)

Frau von 26 Jahren mit schweren Nierenlæsionen: links eine Fistel, herstammend von einem alten perinephritischen Abscesse; rechts eine Pyonephrose. Cystitis, Ureteritis, Pyelonephritis. Schwangerschaft im siebenten Monat. Anfälle von Herzschwäche. Dr. Muret, der die Kranke ebenfalls gesehen, sprach sich gegen die Einleitung der künstlichen Frühgeburt aus. Die Situation verschlimmert sich, Wehen treten auf, rechterseits eine beträchtliche Anschwellung in der Nierengegend. Punktion ergibt eitrigen Harn von fœtidem Geruch. Eröffnung der Pyonephrose und Extraktion von drei Nierensteinen, wovon einer, im Harnleiter eingekeilt, schwer zu entfernen war. Andern Tags, abends, spontane Frühgeburt, Collaps, Exitus. Fœtus hat einige Stunden gelebt.

Die Nieren- und Blasensteine sind im *Kanton Waadt* sehr selten; die vorliegenden Steine sind korallenförmig, leicht zerbrechlich, von gelb-

* Nach einem Vortrage in der Herbstsitzung der Aerztegesellschaft des Bezirks Affoltern.



brauner Farbe. Nach der chemischen Analyse, ausgeführt vo
J. Amann, bestehen sie fast ausschliesslich aus Erdphosphaten (
und Magnesium).



Fig. 26.

Vulliet fasst die vorliegende Steinbildung als secundär auf.
Ammonium erzeugende Mikroorganismen wird der Harn zers
dem alkalisch gewordenen Urin fallen die erwähnten Salze aus.

Dr. Wyss-Fleury, Genf:

Ueber Oeleinläufe.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 3, pag. 84, 1

Das Hauptcontingent zur örtlichen Oelbehandlung liefert die
verbreitete *habituelle Obstipation,* die allen möglichen therape

Massnahmen zum Angriffspunkte dient. Zur Application dieser Oelklystiere wird ganz besonders der von Prof. Bourget in Lausanne, in Nr. 11 der therap. Monatshefte, angegebene Apparat empfohlen. Dieser wirklich einfache, handliche und billige Apparat hat jedenfalls das Problem: kleinere Quantitäten Oel mittelst Wasserdruck den höher gelegenen Darmpartien zuzuführen, in höchst rationeller Weise gelöst; er besteht aus einem bauchigen Fläschchen mit einem horizontalen Zu- und einem dito Abflussrohr. Das Oel wird zunächst in das Fläschchen aspiriert und letzteres mit dem Irrigatorschlauch einerseits und mit dem Analrohr andererseits in Verbindung gebracht.

IV

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften

61. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Olte

Dr. O. Beuttner :

Sachliche und kritische Besprechung der zur Heilung der Retr uteri angegebenen Verfahren.

(Autoreferat.)

Die Retroflexionen zerfallen in zwei grosse Hauptgruppen : I. *Freie Retroflexionen;* II. *Fixierte Retroflexionen.*

Während die fixierten Retroflexionen wohl immer Symptome m giebt es bei den freien Retroflexionen solche, die keine, oder wie Kü richtiger sagt, keine vorderhand in die Augen fallenden Sym machen und solche, die Symptome aufweisen.

Eine Frage von prinzipieller Bedeutung, über die die hervorrage Vertreter der Gynækologie sich bis jetzt nicht haben einigen könn die: « *Muss die Retroversio-flexio uteri mobilis ohne Symptome delt werden oder nicht?*

Olshausen, Zweifel und Küstner sind für eine regelrechte Kor der Lageveränderung eingetreten; Fritsch und Löhlein sind gege solche Behandlung.

Ich stelle mich auf Seite von Olshausen, bin also der Ansicht, *d Retroversio-flexio uteri mobilis auch dann behandelt werden muss, sie keine Symptome verursacht* und dies aus folgenden Gründen :

1. Die Retroflexio, sich selbst überlassen, verschlimmert sich ste begünstigt den Descensus und den Prolapsus. (Eine der wichtigst sachen für die Hydronephrose aber ist nach Virchow der Vorf weiblichen Genitalien.)

2. Tritt im retroflektierten Uterus Schwangerschaft ein, so können Störungen während der Gravidität auftreten; es kann zur Incarceration des graviden Uterus oder zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft kommen.

3. Die Retroflexio bewirkt einen Descensus der Ovarien, an welch' letzteren atrophische Prozesse nachgewiesen werden konnten; ebenso wurden Verzerrungen der Blase und Knickungen der Tuben und Synechien der abgeknickten Partien nachgewiesen, nebst Verlötungen der Fimbrienenden der Tuben. (Hydrosalpinx.) Eine Disposition für Tubengravidität ist nicht von der Hand zu weisen. Abel sagt in seiner mikroskop. Technik und Diagnostik, 2. Auflage, pag. 138, wörtlich: «Eine fernere und wohl die häufigste Ursache für das Zustandekommen einer Tubengravidität wird durch die *perisalpingitischen Prozesse* verursacht.»

4. Freund und Hildebrandt* haben des weitern auf's Ueberzeugendste nachgewiesen, dass die häufigen Knickungen der Gebärmutter nach hinten durch gleichzeitige Knickung und Herabzerrung der Harnleiter Hydronephrose bewirken.

5. Trifft eine Peritonitis den freien, retroflektierten Uterus, so wird dieser nach hinten fixiert; an Stelle eines relativ leichten Leidens haben wir eine ernste, schwere Erkrankung.

6. Die Retroflexio beeinflusst mit der Zeit das Herz. («Am eingreifendsten werden die uterinen Herzbeschwerden verursacht durch *Lageveränderungen des Uterus,* Flexionen und Versionen des Uterus.» Kisch) **

7. Die Retroflexio begünstigt die Ektropionierung der vorderen Vaginalwand (Gebhard***). Indem der Uteruskörper nach hinten sinkt, nähert sich die Portio der Symphyse, wodurch der Verlauf der Vagina ein steilerer wird; die *vordere Vaginalwand ist nun aber zu lang für diesen gekürzten Verlauf.*

8. Die einfache Logik verlangt, dass man Lageanomalien eines Organs korrigiert (Habitueller Abort, Sterilität), ganz abgesehen davon, dass Blut- und Lymphcirculation durch die Retroflexion ungünstig beeinflusst werden. (Metritis, Endometritis etc.)

* Leopold Landau: Die Wanderniere der Frauen. Berlin. Pag. 32, 1881.

** Heinrich Kisch: Uterus und Herz in ihren Wechselbeziehungen (Cardiopathia uterina). Pag. 72. Leipzig, 1898.

*** C. Gebhard: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Pag. 513. Leipzig, 1899.

Ob man bei *Virgines* und *Vetulæ* die freie Retroflexion ohne ptome schon resp. nicht mehr behandeln will, ist im einzelnen speziell zu entscheiden.

Bei den *Retroflexionen mit Symptomen* muss in allererster Lini schieden werden, ob die Symptome wirklich von der Retroflexio solcher herstammen, oder von einer Begleiterkrankung, z. B. von Me *Hysterie* resp. *Neurasthenie*. Das Krankheitsbild der *Hysterie* u von den Autoren skizzierte Krankheitsbild der *Retroflexio uteri* scheidet sich bei Gleichheit der Symptome aber dadurch, dass w der *Hysterie* gewisse Erscheinungen finden, welche die Diagnose selben nicht nur aus den *subjektiven* Symptomen, sondern auch au *objektiven* Befund ermöglichen:

1. Störungen der Sensibilität der Haut. 2. Mangel der Ga und Skleralreflexe. 3. Lebhaftigkeit der Patellarreflexe. 4. Hyster Zonen.

Wie behandelt man die Retroversio-flexio uteri mobilis? Durch Reposition und 2. die Erhaltung des reponierten Uterus in der tigen Lage.

ad 1. Die *Reposition* geschieht durch:

a) das Schultze'sche *Verfahren* der bimanuellen Aufrichtun Uterus oder durch

b) das Küstner'sche *Verfahren,* mit der, in die vordere Mutterm lippe eingehackten Kugelzange. (Zugaufrichtung des retroflekt Uterus. Sänger.)

Sowohl das klassische Sondenverfahren, als deren Modifikatio Rapin und von Stocker mit der watteumwickelten Sonde, sind z lassen, da diese Verfahren neben der Gefahr der Uterusperforati einer Vernachlässigung der exakten Diagnose prädisponieren; hende Repositionshindernisse werden überhaupt nicht erkann schweige denn ihr Sitz, ihre Ausdehnung, ihre Festigkeit. (Küs

Kommt man mit dem Verfahren von Schultze oder demjenige Küstner nicht zum Ziel, so soll die Reposition in Narkose ve werden.

ad 2. *Die Erhaltung des reponierten Uterus in der richtigen La* schieht durch:

a) Pessare; b) operative Eingriffe.

a) Pessare. Es kommen hauptsächlich 3 Formen in Betracht

α. Das *Achterpessar von* Schultze: Es ist schwer zu handhabe

kann nur dann in korrekter Weise verwendet werden, wenn die Vaginalportion noch lang genug und entsprechend gestellt ist, um von der obern Oese des Pessars umschlossen zu werden; sonst bewirkt es sehr leicht Decubitus am Muttermund und an der Vaginalportion. Zudem bildet die Kreuzung der beiden Ringe eine Stätte für eine unliebsame Einnistung von Sekreten. Weiter darf die Vagina nicht zu schlaff und muss der Beckenboden normal resistent sein. Die ebenfalls von SCHULTZE angegebenen *Schlitten- und Wiegenpessare* finden nur bei gleichzeitiger Senkung der vordern Scheidenwand erfolgreiche Verwendung. (SÄNGER.)

β. Das THOMAS-*Pessar* ist nach SÄNGER vermöge seiner hohen, steilen, U-förmigen Biegung seines oberen Querbügels im Stande, das hintere Scheidengewölbe ad maximum nach oben zu stützen und dadurch eine so energische Rückwärtsziehung des Collum uteri zn bewirken, dass es mit seiner Hilfe gerade in den verzweifelsten Fällen von immer wieder eintretender Rückwärtsknickung des Uterus doch noch gelingt, denselben in Normallage zu erhalten,

SÄNGER wendet das THOMAS-*Pessar* an in allen Fällen, in denen das HODGE-Pessar sich als unzulänglich erwies, sowie in solchen, in denen die Aufrichtung in Narkose vorgenommen wurde und man eines ganz besonders sicheren und wirksamen Stützmittels für den unrichtig liegenden Uterus bedarf. Indess wird das hintere Scheidengewölbe doch durch das THOMAS-Pessar über Gebühr ausgedehnt und es kann namentlich an den seitlichen Ecken leicht zu Decubitus kommen.

γ, Das HODGE-*Pessar ist das beste, brauchbarste und vielseitigste Pessar.*

Contraindikationen zur Pessarbehandlung:

1. Sehr weite Vagina. (Descensus et Prolapsus vaginæ.) 2. Sehr enge Vagina (ebenso sehr kurze Scheide). 3. Fehlen der Portio nach Amputation. 4. Unüberwindliche Abneigung der Kranken gegen Pessare. 5. Event. Virginität und Schonungsbedürfnis des Hymen. 6. Akute Erkrankungen der Sexualorgane. 7. Tiefe Dammdefekte.

Es ist das Verdienst von SCHULTZE, die Herstellung der beweglichen Anteflexio uteri als die Conditio sine qua non einer jeden Pessarbehandlung dargethan zu haben; *also zuerst Reposition, d. h. normale Lagerung des Uterus und erst in zweiter Linie Einlegen eines Pessars!*

In diesem SCHULTZE'schen *Lehrsatze liegt der Schwerpunkt der Retroflexions-Behandlung durch Pessare.*

Bedingter Weise darf nach Sänger das Pessar eingelegt werden, auch wenn es noch nicht gelang, den Uterus in die Normallage zu bringen, weil das Tragen des Pessars trotzdem subjektive Erleichterung schaffen kann. Dabei muss man aber die Bemühungen, die Normallage zu erreichen, unverdrossen fortsetzen, auch dann, wenn die Patientin selbst über keine weiteren Beschwerden klagt.

So kann es ebenfalls nach Sänger auch bei *fixierter Retrodeviation* erlaubt, ja indiciert sein, ein Pessar einzulegen, doch gerade hier mit dem Vorbehalt, den Uterus noch aus seinen Adhæsionen zu befreien und nach vorn zu bringen.

Was die beim Tragen von Pessaren in Betracht fallenden *hygienischen Massnahmen* anbetrifft, so soll man die Patienten anhalten 2 bis 3mal wöchentlich eine Scheideninjection zu machen (1/2 Theelöffel Salz und 1/2 Theelöffel Soda auf 1 Liter lauwarmen Wassers); während der Menstruation soll man täglich 2 Ausspülungen vornehmen lassen, am besten mit einer schwachen Lösung von Kalium hypermanganicum.

Der Arzt wird des weiteren darauf bedacht sein müssen, eine definitive Heilung der Retrodeviation nach besten Kräften zu unterstützen: Massage über dem Pessar; heisse Vaginal-Spülungen; Elektrisation der Douglas'schen Falten; Kaltwasser-Klystiere etc. Manchmal kommt uns die Natur in der Gestalt der Gravidität zu Hilfe; in solchen Fällen darf im Wochenbett nichts vernachlässigt werden; es soll für einige Zeit der puerperale Uterus mittels Pessar gestützt werden. Ueberfüllungen der Blase und des Rectums sind zu vermeiden.

Die Pessarbehandlung wurde vielleicht in den letzten Jahren durch die operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri in den Hintergrund gedrängt, auch wurde sie dann und wann durch Laien und Hebammen etc. diskreditiert; es ist deshalb zeitgemäss, sich in Erinnerung zu rufen, was einer der hervorragendsten Vertreter der Gynækologie, Fritsch darüber sagt:

Die Pessarbehandlung ist eine Kunst, die gelernt sein will; sie erfordert weit mehr Uebung und Erfahrung, Geduld und ärztliches Können, als irgend ein blutiges operatives Verfahren.

Wenn wir uns also dieses Fritsch'schen Ausspruches erinnern wollen und bedenken, *dass die Mehrzahl der mobilen Retroflexionen der Pessartherapie* gehört, so ist es gewiss angezeigt, dem praktischen Arzt ja ans Herz zu legen, sich in der Kunst der Pessarbehandlung immer weiter zu

bilden und diese Kunst so oft wie möglich zum Heil unserer Kranken auszuüben.

Haben wir es mit *fixierten Retroflexionen* zu thun, so müssen diese zuerst in « *mobile* » verwandelt werden und dies geschieht durch die Zerstörung der Adhæsionen:

1. Nach dem *Verfahren von* SCHULTZE vom Rectum und gleichzeitig von den Bauchdecken her (Narkose).

2. Nach dem *Verfahren von* THURE BRANDT: Massage. Dauert sehr lang und ist unsicher.

3. Nach dem *Verfahren von* SCHULTZE und BOILEUX: Eröffnung des hintern Scheidengewölbes. Kann fehlschlagen.

4. Nach dem *Verfahren von* DÜHRSSEN: Cœliotomia vag. anterior; reicht manchmal allein oder in Kombination mit der Cœliotomia vag. post. nicht aus.

5. *Cœliotomie durch den Inguinalkanal.* (In Amerika praktiziert.)

6. *Laparotomie:* Eröffnung des Abdomens in der Medianlinie oder quer, oberhalb der Symphyse, nach RAPIN und KÜSTNER oder nach PFANNENSTIEL mit transversaler Incision der Rectusscheide.

Die aus den Adhæsionen befreite Retroflexion kann, besonders wenn das SCHULTZE'sche *Verfahren* zum Ziele führte, mit Pessar behandelt werden; war zur Lösung der Adhærenzen z. B. die Laparotomie nötig, so wird der Uterus operativ in der richtigen Lage zu erhalten gesucht.

Ist die Pessarbehandlung contraindiciert, so kommen: *b) operative Eingriffe* in Anwendung:

1. Die Vaginofixation; 2. die Ventrofixation und 3. die ALEXANDER'sche Operation.

1. *Die Vaginofixation.*

Der Gedanke, die Rückwärtslagerung des Uterus durch eine Fixation des Corpus uteri an die Vagina dauernd zu beheben, ging von SÄNGER* aus.

So ziemlich gleichzeitig und unabhängig von einander behoben DÜHRSSEN** und MACKENRODT*** die Rückwärtslagerung des Uterus dadurch, dass sie den Uterus an die Vagina annähten.

* SÄNGER: Die operat. Behandlung der Retroversio-flexio uteri, etc. Centralblatt für Gyn. 1888, pag. 34.

** DÜHRSSEN: Ueber die operat. Heilung der Retroflexio uteri. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1892. XXIV. Pag. 368.

*** MACKENRODT: Die Therapie der Retroflexio. Zeitschrift f. Geb. und Gynæk. 1892. XXIV. Pag. 315.

Die *Modificationen*, die die Vaginofixation unter der Hand DÜHRSSEN's durchmachte, waren folgende:

1. Vaginofixation bei uneröffneter Plica vesico-uterina.

2. » » eröffneter » » »

3. » » eröffneter » » » mit Annähung des vesicalen Wundrandes letzterer an den Scheidenwundrand, die sogenannte « intraperitoneale Methode. »

4. Die « intraperitoneale Methode » mit isoliertem Verschluss der gesetzten peritonealen Oeffnung.

P. MÜLLER* *vindicierte der Vaginofixation* gegenüber der *Alexanderoperation* und *Ventrofixation* folgende Vorzüge:

a) Der operative Eingriff geschieht nicht auf der äusseren Oberfläche des Körpers, sondern in der Tiefe der Vagina;

b) Er ist im Grossen und Ganzen geringer und einfacher;

c) Eine Eröffnung der Peritonealhöhle findet nicht statt;

d) Eine Nachbehandlung ist nicht notwendig; die Heilungsdauer ist eine ziemlich kurze.

Auf dieses Votum von Herr Prof. MÜLLER *erlaubte ich mir folgende Einwände:*

Ad. *a)* Die Vagina kann nicht steril genug gemacht werden. Die Lacunen der Harnröhrenmündung, die Drüsen an den äusseren Genitalien, die Bartholinischen Drüsen, sowie der Uterus, entleeren durch den Druck, den sie während der Operation erleiden, ihren Inhalt und verunreinigen die Hände des Operateurs, sowie das Operationsfeld. P. MÜLLER giebt selbst zu, dass die Vaginofixation manchmal schwierig, ja, unmöglich werden kann, so bei Nulliparen mit enger Scheide (Chloroform-Narkose soll hier Wandel schaffen). Eine weitere Schwierigkeit liegt in der manchmal sehr kurzen vorderen Vaginalwand. Ist in solchen Fällen der Uterus über das normale Mass hinaus vergrössert, so wird der Fundus nicht sichbar nnd lässt sich also nicht einstellen; das gleiche ist der Fall bei Retroversion.

Ad. *b)* WERTHEIM verletzte in einem Falle, in dem er bei uneröffneter Plica vesico-uterina operierte, den Darm, wodurch eine Darmfistel entstand; JACOBS perforierte einmal die Blase, als er diese vom Uterus ablöste; PHILIPPI verletzte zweimal die Ureteren und MACKENRODT musste, ebenso wie FREDERIQ, wegen Blutung von der Vaginofixation abstehen

* P. MÜLLER: Ueber Vaginofixation des retrovertierten Uterus. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. 1895. I. Pag. 309.

und den Uterus per vaginam exstirpieren (Ileus beobachtet von DÜHRSSEN.)

Ad. *c)* Da die Sicherheit des Dauererfolges der Operation durch die Eröffnung der Plica vesico-uterina erhöht wird, so hat DÜHRSSEN vorgeschlagen, das Peritoneum principiell zu incidieren.

Ad. *d)* Die Heilungsdauer ist kaum eine kürzere. Hæmatome und Exsudate (nach Verunreinigung des Operationsgebietes).

Erlauben Sie mir noch die Gründe anzuführen, die LEOPOLD *bestimmen, die Vaginofixation einzuschränken*:

1. Die Lage des Corpus uteri zur Blase ist erzwungen.
2. Die Portio kommt nicht an die Stelle, wo sie normalerweise hingehört.
3. Bei fixierter Retroflexio ist die Vaginofixatio ganz nutzlos, wenn nicht durch Eröffnung des Douglas alle Hindernisse zwischen Uterus und Rectum beseitigt werden.
4. Es kommen nach Vaginofixation auch schwere Störungen in der Gravidität vor und der gebärende Uterus nimmt eine Zwangslage ein.

DÜHRSSEN *dagegen empfiehlt die Vaginofixation aus folgenden Gründen*:

1. Die Vaginofixation ist ungefährlicher als z. B. die Ventrofixation.
2. Die Möglichkeit einer Bauchhernie, einer Verwachsung des Netzes mit der Bauchnarbe, des Auftretens von Ileus durch Adhærenzen* und von Knickungen des Darmes fällt weg.
3. Die Patientin braucht keine Bandage.
4. Die Heilung geht schneller vor sich.
5. Die subjectiven Beschwerden der Operation sind geringer.
6. Man erzielt eine normale Anteversio-flexio.

2. *Die Ventrofixation.*

Vorteile : Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, etc., etc.

Nachteile : Es handelt sich um keinen gleichgültigen Eingriff. Lage und Stellung des Uterus sind nicht normal. Infolge Zehrung an der künstlich herbeigeführten Adhærenz treten Schmerzen auf. Ich habe in einem solchen Fall einmal den Uterus nachträglich per vaginam exstirpiert. (Die Ventrofixation war von anderer Seite ausgeführt worden.) Schwierigkeit der Ausräumung von Aborten (GOTTSCHALK). Blutungen

* DÜHRSSEN hat aber später selbt einen Ileusfall nach Vaginofixation beobachtet.

nach Geburt des Fœtus und der Placenta. Bezüglich der *Techni*
man sich streng an die Forderungen von Sippel* halten:

1. Die Fixationsfäden müssen durch die vordere Wand des U
möglichst weit unterhalb des Fundus durchgeführt werden.

2. Der Uterus soll möglichst hoch an den Bauchdecken fixiert we

3. Die Fixationsnähte sollen möglichst oberflächlich — so weit
ohne Schädigung des Fixationserfolges, also ohne Durchschneiden
Fäden möglich ist — angelegt werden.

3. *Die Alexander-Operation.*

Ich will hier nicht weiter auf diese Operation zu sprechen kommen, da ich ge
nächstens in einer kleinen Arbeit: « *Zur Technik der Alexander-Operation*
dieses Thema einlässlicher zurückzukommen.

Zum Schlusse möchte ich meinen Standpunkt der Retroflex
Therapie durch folgende kurze Sätze klar legen:

« *Jede Retroversio-flexio uteri mobilis muss (bei der dem Geschl
genuss ergebenen Frau) korrigiert werden, auch wenn von ihr kei
die Augen fallenden Symptome ausgehen.*

*Alle mobilen Retroflexionen sollen vorerst der Pessarbehandlung u
worfen werden, insofern gegen eine solche keine Contraindikation vor*

*Hat sich mit dem orthopädischen Erfolg nicht auch ein funktio
Erfolg eingestellt, so müssen die anderweitigen, bestehenden Erk
ungen (Metritis Hysterie etc.), zweckentsprechend behandelt werden.*

*Führt die Pessarbehandlung auch nach längerer Zeit keine defi
Heilung herbei, oder bestanden für die Applikation eines Pessars be
biler Retroflexio Contraindikationen, so tritt die* Alexander'sche *O
tion in ihr Recht!*

Die Alexander'sche *Operation kann auch bei der aus den Adhæs
(durch* Schultze's *Verfahren) befreiten Retroflexion zur Anwen
kommen; man thut aber gut, den Uterus längere Zeit vorerst durc
Pessar in der richtigen Lage zu erhalten.*

*Können die den Uterus nach hinten fixierenden Adhæsionen durc
bekannten konservativen Verfahren* (Schultze, Thure, Brandt) *nich
stört oder soll zur gleichen Zeit an den Adnexen operiert werde
kommt die Laparotomie in Frage und hernach Erhaltung des bef*

* A. Sippel: Die Operationen zur Fixation des Uterus. Centralblatt für G
Nr. 47, 1896.

Uterus in der richtigen Lage. Ventrofixation. Intraabdominale Verkürzung der Lig. rotunda, etc.

Die Ventrofixation ist bei mobiler Retroflexion, ohne anderweitige intraabdominale Erkrankung, contraindiciert.

Die Vaginofixation kommt hauptsächlich bei Frauen zur Verwendung, die in die Klimax eingetreten sind.»

Diskussion :

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 19, pag. 623, 1901)

Prof. P. Müller: wendet sich energisch gegen den Standpunkt Beuttner's, jede auch symptomlos verlaufende Retroflexio zu behandeln. Er erinnert daran, wie oft das Gebärmutterleiden mit Hysterie kombiniert sei, ja, dass die Hysterie das Hauptleiden darstelle. In solchen Fällen von Retroflexio mit Ueberwiegen der nervösen Symptome lasse man die Retroflexio ganz ausser Acht und beeinflusse die Hysterie durch eine suggestive Therapie. Im weiteren betont Prof. Müller, dass man alle krankhaften Symptome auf Rechnung der Lageanomalie setze, während oft eine genauere Untersuchung als Grund der Beschwerden eine Metritis oder Endometritis (und da soll man den Uterus ruhig in pathologischer Lage lassen ?! Beuttner) ergebe; in solchen Fällen muss jeder Behandlung der Lageanomalie eine interne Therapie des Uterus vorausgehen.

In einer weiteren Kategorie sind die *Adnexerkrankungen* die Hauptursache der krankhaften Symptome.

Zu Operationen sieht sich Prof. Müller nur dann veranlasst, wenn die Retroflexio starke Beschwerden macht. Die *Vaginofixation* wendet er bei *älteren* Frauen an, bei deren man nicht mehr mit Gravidität zu rechnen hat; etwas häufiger, wie früher, wird die Ventrofixation ausgeführt, da sich bei der Laparotomie sehr oft die Adnexe *unvermutet* erkrankt fanden.

Prof. von Herff: kann sich nie und nimmer mehr mit Beuttner's Ansichten einverstanden erklären. 25 $^0/_0$ aller Retroflexionen verlaufen ohne Symptome; die Beschwerden treten erst auf, wenn die Patienten auf ihr Leiden aufmerksam gemacht, also krank suggeriert worden sind.

Dass eine Retroflexio zu *Extrauteringravidität* und *Hydronephrose* disponiere, wird von Prof. von Herff energisch bestritten. (Siehe nach Leopold Landau'scher Citation. 1.) Freund: Deutsche Naturforscher-Ver-

sammlung, Karlsbad 1862. Verhandlungen der gynækologischen S
S. 119 und 2.) HILDEBRANDT, in Volkmann's, klinischen Vorträgen
S. 33. BEUTTNER.) Da sind es doch jedenfalls feste Narbensträng
alten Entzündungen im Becken herrührend, die die Tube und den
teilweise unwegsam machen. Immer gilt es genau die Fälle zu analy
und *kritisch* vorzugehen.

Dr. BEUTTNER : ist durch die von Prof. MÜLLER und Prof. VON
vorgebrachten Argumente, in seinen Anschauungen bezüglich
symptomlos verlaufenden Retroflexionen (bei der im Geschlech
stehenden Frau) einzuschlagenden Therapie, nicht im mindest
schüttert worden.

Dr. GELPKE: Nicht jede Retroflexio uteri muss behandelt werd
Rückenschmerzen stammen manchmal von neurasthenischer
reizung her; dann schadet die örtliche Therapie in der Regel m
sie nützt *. Soll aber die Retroflexio behandelt werden, weil sie de
Störungen macht, dann tritt das PESSAR in seine Rechte; übe
man damit nicht ausreicht, soll operativ vorgegangen werden.
Diagnose resp. zur *Reposition* Narkose nötig, so sollte immer zu
operiert werden.

Unter den chirurgischen Verfahren steht die *Alexander-Op*
unbedingt oben an; allerdings passt sie nicht für alle Fälle : «U
wo eine Fixation des Uterus und seiner Anhänge oder Verda
solche vorhanden, oder wo aus einem andern Grund z. B. bei gleic

* GELPKE fügt unter *Randbemerkung* folgendes hinzu: « Nicht selten hat
Eindruck, dass die Knickung der Gebärmutter einen von der Natur selbst g
Schutz gegen allzu häufige Conception darstellt: man korrigiert die Lageverä
und erlebt zu seinem Verdruss den baldigen Eintritt einer Schwangerschaft
aus Gründen allgemeiner Schwäche und « sonstigen Krankheiten » seh
wünscht ist. »

Zu dieser Randglosse möchte der Herausgeber folgendes bemerken: « Ein
flexion, die keine Schmerzen verursacht, die aber *Sterilität* bedingt, gehört
nicht zur Kategorie der symptomlosen Rückwärtslagerungen, ebensowenig wi
flexionen kompliziert durch *allgemeine Schwäche* (Erschlaffung des Musk
Bänderapparates) und « *sonstige Krankheiten.* » Besteht Retroflexion und
allen Grund der Frau eine weitere Schwangerschaft zu ersparen, so denke ic
richtiger gehandelt, wenn man nach KEHRER von der Vagina her eine Resek
Tube ausführt mit gleichzeitiger Vaginofixation nach DÜHRSSEN-MACKENRODT

Ich möchte auf den unter « *Gesellschaft der Aerzte in Zürich* » angeführt
trag von Dr. HÆBERLIN aufmerksam machen : « *Ueber Indikationen und Tec
operativen Sterilisierung mittelst Tubenunterbindung.* » pag. 169.

bestehendem Ovarialtumor die Laparotomie gemacht wird, tritt die *Hysteropexie* in ihr Recht. »

Dr von Arx : Herr Prof. Müller hat bereits auf das häufige Zusammentreffen von metritischen und endometritischen Processen mit Retroflexion aufmerksam gemacht; ich möchte noch einen Schritt weiter gehen und diese entzündlichen intrauterinen Prozesse geradezu in vielen Fällen als direkte Ursache der entstandenen Retroflexio mobilis bezeichnen. In der Behandlung dieser eben genannten Affektionen soll es stets unser Bestreben sein (siehe die Publikation von v. Arx : Nr. 210, Volkmann) sich mit der Reposition allein nicht zu begnügen, sondern vor allem aus auch die Ursache dieser Lageveränderung, die *Elastizitätsanomalie* zu heben. Dies kann geschehen : 1. Durch mehrfach wiederholte und forcierte Repositionsversuche; 2. durch Massage; 3. durch resorbierende Badekuren und 4. durch direkte Bekämpfung der intrauterinen metritischen und endometritischen Prozesse.

Medizinische Gesellschaft der Stadt Basel.

Prof. Hildebrand:

Demonstrationen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, 1901, pag. 164.)

1. Patientin, der ein Recidiv eines *Mammasarcomes* operiert wurde, das bis auf den Herzbeutel vorgedrungen war.

2. *Hydronephrose* infolge anormalen Ursprungs und Verlaufes des Ureters.

Dr. Gelpke:

Demonstration eines Nierentumors.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 14, 1901, pag. 458) und (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1901.)

Der vorliegende 17 cm. lange und 10 cm. breite Nierentumor stammt von einer 41 jährigen, ledigen Frauensperson. Erblich tuberkulös belastet. Das gegenwärtige Leiden dauert 12 Jahre; immer Schmerzen in der Blasengegend und in der rechten Seite des Bauches. In der rechten

Nierengegend ein ca. zwei Fäuste grosser Tumor. Da der Versu
Uretheren zu catheterisieren, misslang, so wurde beschlossen, be
event. Operation nach KOCHER das Bauchfell zu eröffnen und die
Niere abzutasten.

Indication zur *Nierenexstirpation* gaben die Schmerzen in der r
Seite, der zunehmende seit Jahren bestehende Marasmus, der a
nend gute Zustand der Blase und der dringende Wunsch der Pa

Operation in Bromäther-Aethernarkose. Rechter Flankenschn
rallel der 12. Rippe; der Versuch, von hier aus nach dem Vor
KOCHER's das Peritoneum zu eröffnen und die zweite Niere abzu
misslang, wegen ausgedehnter Verwachsungen des Bauchfell
Nicht ohne Mühe gelang es den Tumor von den Bauchdecken a
Wundöffnung entgegen zu drängen und heraus zu schälen. Jod
gaze, Tamponade, partielle Naht. Sehr langsame Genesung.

Prof. BUMM:

Demonstrationen von durch Operation gewonnenen Spirituspräpa

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 14, 1901, pag. 4

1. Ein wegen hochgradiger Metritis und Endometritis chronic
exstirpierter Uterus.

2. Totalexstirpation wegen starkem Uterusprolaps infolge El
colli.

3. Ein exstirpierter Uterus, der infolge eines aufsitzenden F
prolabiert war und durch kein Pessar zurückgehalten werden
4. Eine geplatzte Tubarschwangerschaft mit Embryo von 28
durch Laparotomie, unmittelbar nach Eintritt der Ruptur und Sic
der Diagnose durch Punktion mit Pravazspritze, entfernt.

5. Ein kindskopfgrosser, frisch excidierter Hæmatocelensack.

6. Eine Reihe von durch Laparotomie exstirpierten Fibrom
Uterus, sowie mehrere Celloidinschnitte durch exstirpierte carc
töse Uteri.

7. Eine diffuse carcinomatöse Infiltration des grossen Netzes m
wachsungen am Dickdarm; ein Carcinomrecidiv nach vorgängig
ration eines degenerierten Ovarialkystoms.

8. **Durchschnitt eines den Uteruskörper bis auf eine dünne Schale vollständig ausfüllenden Corpuscarcinoms.**

Im Anschluss daran bespricht der Vortragende kurz die Resultate der Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms. Nur *möglichst frühzeitige* Operation gewährt einigermassen Aussicht auf Dauererfolge. *Von der Totalexstirpation per vaginam ist er immer mehr zurückgekommen, da die Chancen im Gesunden zu operieren, dabei viel geringere sind, als bei der von ihm bevorzugten Totalexstirpation des Uterus per Laparotomiam.*

Medizinisch-pharmaceutischer Bezirksverein in Bern.

Dr. Dick:

Demonstration von frischem Sperma.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 9, 1901, pag. 283.)

Herr Dr. Dick, demonstriert unter dem Mikroskop ein Präparat von frischem *Sperma,* das von einem Fall von Sterilität gewonnen wurde und ihn veranlasst, kurz im allgemeinen das Verhalten des Spermas, wie es bei Untersuchung von Sterilitätsfällen gefunden wird, zu besprechen. Das von einem 32jährigen, gesunden, kräftigen und mit anscheinend ganz normalen und gut entwickelten Genitalorganen versehenen jungen Mann stammende *Sperma ist interessant durch die massenhafte Anwesenheit grosser stärkeartiger Prostatakörner bei vollständiger Abwesenheit von Spermatozoen.* Die als zuverlässig anzusehenden anamnestischen Angaben lassen keine vorausgegangene Infektion erkennen. Der Vortragende betont die Wichtigkeit der Sperma-Untersuchung in allen Sterilitätsfällen.

Diskussion:

Dr. Walthard: betont die Notwendigkeit *wiederholter* Untersuchung, da er schon mehrfach vorübergehende Azoospermie beobachtet hat.

Dr. Conrad: fand bei seinen Untersuchungen sehr wechselndes Verhalten des Spermas, besonders auch je nachdem Ruhe oder wiederholte Excesse vorangegangen waren. Auffallend ist oft die wechselnde Menge, welche normal 5-6 cm³. beträgt und in manchen Fällen auf 1 cm³. fällt. Die verschiedenen Eiweisskörper des Spermas verändern sich leicht und könnten sich vielleicht zu den Prostatakörpern umwandeln.

Prof. Jadassohn: hat in seiner Praxis *Aspermatismus* noch nie
den. Dieser ist augenscheinlich sehr selten und wird oft vorgetäus
Stenosen, durch rückläufige Entleerung des Samens in die Blase e

---

Klinischer Aerztetag und ordentliche Winterversammlung
medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Ber

Prof. Jadassohn:

Postconceptionelle Syphilis-Uebertragung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 10, pag. 313, 1

Der Vater des Kindes, kurz vor Neujahr 1900 infiziert, bemerk
Januar ein Ulcus, verkehrt bis Anfang März mit seiner Fra
Ende März wegen sekundärer Erscheinungen in der dermatolo
Klinik in Bern behandelt. Die bislang immer gesunde Mutter w
28. März von einem anscheinend gesunden Kinde entbunden, hat
post partum allgemeines Exanthem und Papulæ ad genitalia; b
Kinde tritt Mitte Mai ein generalisierter Ausschlag auf; auch in diese
(wie in einigen anderen) zeigte sich diese späte placentare Uebert
prognostisch günstig (im Gegensatz zur früh post conceptionell
zur germinativen und in Analogie mit der extrauterin acqui
Lues des Kindes).

Prof. P. Müller:

1. Perniciöse Anæmie. (Ibid. pag. 316.)

In den letzten Schwangerschaftsmonaten starkes Oedem der
mitäten und des Gesichtes; kein Eiweiss; rapider Zurückgang de
farbstoffes; Gravidität wurde nicht gestört. Geburt am normale
min; Kind gut entwickelt. Der Hæmoglobingehalt des Blutes
drei Wochen p. p. nur 17 %; die mikroskopische Untersuchung
das ausgesprochene Bild der perniciösen Anæmie.

Ein weiterer Fall von hochgradig *perniciöser Anæmie post partum.* Die eingeleitete Therapie bestand in roborierender Diät, subcutanen Blutinjektionen und Phosphor. Die Patientin hat sich innerhalb drei Monaten vollständig erholt.

2. **Gravida mit Myxœdem.** (Ibid. pag. 316.)

Fast vollständiger Mangel der Schilddrüse; Becken zeigt ausnahmsweise fast normale Dimensionen.

3. **Zwergin.** (Ibid. pag. 316.)

1 Meter 25 cm. hoch. Ursache des Cretinismus ist die Rachitis; schwanger im dritten Monat. Conjugata vera beträgt 9 cm. Es darf deshalb bis zur 28. Woche gewartet werden: also nicht künstlicher Abortus, sondern künstliche Frühgeburt.

4. **Kyphose der Lendenwirbelsäule.** (Ibid. pag. 317.)

Frau von 27 Jahren, schwanger im dritten Monate; zweimal normal geboren. Da das Becken die normale Geräumigkeit besitzt, so soll einstweilen zugewartet werden; sollte sich das Leiden (selbes hat sich in den letzten 4 Jahren gebildet) jedoch unter dem Einfluss der Schwangerschaft verschlimmern, so wäre die Unterbrechung der Gravidität angezeigt.

5. **Chronische Schwangerschafts-Nephritis.** (Ibid. pag. 317.)

Gravida im 6. Monate in Geburtswehen; starker Eiweissgehalt des Urins; vor zwei Jahren ebenfalls Schwangerschaftsnephritis; nach Einleitung des Abortus verschwand das Eiweiss aus dem Harne. Vortragender hält bei allen Fällen von chron. Nephritis die Unterbrechung der Schwangerschaft für angezeigt; ebenso auch bei der einfachen Schwangerschaftsniere in der ersten Hälfte der Schwangerschaft.

6. **Ureterentuberkulose.** (Ibid. pag. 317.)

Die ungleich verdickten Harnleiter lassen sich durch das vordere und die beiden seitlichen Scheidengewölbe als hufeisenförmige Stränge durchfühlen. Hoffnungslosigkeit jeder Therapie.

7. **Prolapsus des graviden Uterus.** (Ibid. pag. 317.)

Sechster Schwangerschaftsmonat, die stark geschwellte Vaginalportion und der hypertrophische Cervix lagen vor den Genitalien; der Uteruskörper in der Becken- und Bauchhöhle; die prolabierten Partien liessen sich durch Pessar zurückhalten.



8. **Ovarialgeschwulst mit interessanter Entwicklung.** (Ibid. pag. 417.)
Die Geschwulst hatte sich durch wahrscheinlich frühere perimetritische Verwachsungen in das rechte Parametrium hinein entwickelt und reichte vielgestaltig bis beinahe auf den Beckenboden, den Uterus ganz nach der Seite verdrängend.

9. **Sarkom des Uteruskörpers.** (Ibid. pag. 317.)
Vaginale Totalexstirpation.

10. **Suprasymphärer ovalärer Hautschnitt nach Küstner.** *
Derselbe ist berechtigt in allen den Fällen, bei denen nur eine geringe Oeffnung der Abdominalhöhle nötig ist.

Neunte Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynækologie zu Giessen am 29.-31. Mai 1901.

Prof. Wyder, Zürich:

Symptome, Diagnose und Therapie der puerperalen Eklampsie. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynæcologie. (Druck und Verlag von Breitkopf & Hærtel, Leipzig 1901.)

1. *Symptomatologie*: *Vorboten, wie quantitative und qualitative Veränderungen der Nierensecretion,* Reduktion der Urinmenge. Albuminurie, Cylinder, Nierenepithelien, rote Blutkörperchen. *Oedeme,* namentlich im Gesichte. *Blutabgang* per vaginam, höchst wahrscheinlich *bedingt durch vorzeitige Lösung der unter dem Einfluss von Nephritis erkrankten Placenta. Störungen von Seiten des Centralnervensystems, der Sinnesorgane, des Verdauungsapparates:* intensive Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, psychische Alteration, Seh- und Gehörstörungen, Erbrechen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft etc. Auf eine Schilderung der Symptome, des Verlaufes und Ausganges der Eklampsie wird nicht eingegangen, nur 2 Punkte werden noch kurz erwähnt:

1. Das Verhalten der Temperatur (Steigerung derselben);
2. Die Complication mit akuter, gelber Leberatrophie.

* *Anmerkung des Referent.:* In kurzer Zeit dürften im Centralblatt für Gynækologie einige « Historisch-kritische Bemerkungen zum suprasymphysären Bogenschnitt nach Rapin-Küstner » erscheinen. Ich glaube dort zu zeigen, dass Rapin in Lausanne es war, der zuerst den « suprasymphysären Bogenschnitt » ausführte.

Ad. 1. *Möglicherweise* spielen bei der Genese der Temperatursteigerung *hæmorrh.* und *anæmische Nekrosen, Parenchymblutungen, Embolien von Leberzellen, Placentarriesenzellen, von Fett etc.* eine Rolle.

Ad. 2. Ob es sich dabei um eine zufällige Complication handelt, oder ob Eklampsie und Leberatrophie eine gemeinsame Aetiologie haben, wird vorläufig schwer festzustellen sein.

II. *Diagnostik*: gewöhnlich leicht. In *differential-diagnostischer Beziehung* kommen in Betracht: Epilepsie, Hysterie, Intoxikationen mit Phosphor, Blei, Strychnin, Carbol, Alkohol; ferner Meningitis, Tetanus, cerebrale Blutungen, Pneumonie, hochgradige Anæmie.

III. *Prognose*: *sie muss unter allen Umständen, mag es sich um eine Eklampsie ante, inter, oder post partum handeln, valde dubia gestellt werden; nach Löhlein endigt durchschnittlich der fünfte Teil (20 %) der in den grossen Anstalten ausgebrochenen und der dahin übergeführten Eklampsien letal.* Die Sterblichkeitsziffern der Kinder schwanken zwischen 28 und 44 %. Dass bei der Prognosenstellung die verschiedensten Faktoren berücksichtigt werden müssen, liegt auf der Hand. —

Als wesentlichste, den Verlauf der Eklampsie beeinflussende Momente seien erwähnt: 1. Der Zeipunkt des Eintrittes der Anfälle, ante, inter und post partum. Im Allgemeinen ist die Prognose umso schlechter, je früher die Eklampsie eintritt; dagegen ist der Verlauf der Wochenbettseklampsien nicht immer so günstig, wie man sehr häufig annimmt; auch Wyder « *hat es immer geschienen, dass die sensu strictori puerperalen Eklampsien teils den allerleichtesten Formen, teils aber den allerschwersten angehören.* 2. Die Geburtsdauer nach Auftreten der Eklampsie. 3. Die Intensität, Anzahl der Attacken und die Grösse der Zwischenpausen. 4. Die Stärke des Komas, die Schnelligkeit, mit der es nach Beginn der Krankheit einsetzt; die Dauer desselben zwischen den Anfällen. 5. Die Reaktion des Kindes auf die Eklampsie. Wyder versteht darunter die von v. Winkel gemachte Beobachtung, dass sehr häufig nach *Absterben des Kindes während der Eklampsie die Anfälle sistieren und der weitere Verlauf von Schwangerschaft und Geburt frei von Anfällen bleibt.* 6. Anzahl der Geburten. 7. Das Verhalten des Urins. 8. Puls und Temperatur. *Nicht das Fieber an und für sich, auch nicht seine Höhe sind absolut massgebend für die Prognose, sondern die Art und Weise, wie es auftritt.* 9. Die Schnelligkeit, mit der eine zweckmässige Therapie eingreift. 10. Die Art der therapeutischen Massnahmen und bei operativen Eingriffen die technische Geschicklichkeit des Operateurs und dessen Handhabung

der anti- und aseptischen Kautelen. 11. Allfällig vorhandene Complicationen, wie z. B. Herz- und Lungenaffektionen, Ikterus etc. 12. Das weitere Befinden der Entbundenen nach völliger Sistierung der Anfälle. (Nachkrankheiten.)

IV. *Therapie. Prophylactisch soll bei allen Schwangern ohne Unterschied, namentlich in den letzten Monaten, der Urin wiederholt untersucht werden.* Besteht Albuminurie, so soll eine streng durchgeführte Milchdiæt verordnet werden. Regelung des Stuhlganges. Bei reduzierter Urinmenge versuche man daneben die Nierenthätigkeit anregende milde Mittel und die Diaphorese begünstigende Massnahmen, vor allem warme Bäder und Einwicklungen, eventuell Empfehlung absolut körperlicher und auch psychischer Ruhe, *Warnung vor Erkältung.* Bei erhöhter Reflexerregbarkeit Brompræparate.

« *Verschlimmert sich trotz dieser therapeutischen Massnahmen, was man ja leider nicht allzuselten sieht, der Zustand, gesellen sich zu der Alteration der Nierenthätigkeit noch andere als eklamptische Vorboten bekannte Zeichen, wie namentlich Erbrechen, Magenschmerzen, Kopfschmerzen, so schrecke ich vor der Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht zurück. — Werden starke Störungen der Nierensekretion erst während der Geburt beobachtet, so besteht für mich immer die Indikation zur schonenden Entbindung, selbstverständlich in diesem Falle unter besonderer Berücksichtigung des kindlichen Lebens.*

Bei *ausgebrochener Eklampsie* kämen folgende Momente in Betracht:

I. *Möglichst rasche, gleichzeitig aber auch möglichst schonende Entbindung der Frau ohne allzugrosse Rücksichtnahme auf das kindliche Leben.*

II. *Vornahme aller geburtshilflichen Manipulationen, wegen der bestehenden, bedeutend erhöhten Reflexerregbarkeit, nur in Narkose.*

III. *Peinliche Beobachtung der anti- resp. aseptischen Kautelen bei der Leitung der Geburt.*

IV. *Möglichst sorgfältige Individualisierung bei der Anwendung der als Herzgifte bekannten Mittel: Chloroform, Chloralhydrat, Morphium, Veratrum viride, resp. möglichste Einschränkung derselben.*

V. *Möglichst schonende und sorgfältige Anregung der sekretorischen Thätigkeit der Nieren, der Haut, des Darmtractus, behufs Ausscheidung der Toxine.*

VI. *Wenigstens teilweise Entfernung resp. Verdünnung der im Blute kreisenden giftigen Substanzen, in geeigneten Fällen durch Aderlass und subkutane resp. intravenöse oder rectale Kochsalzinfusionen.*

VII. *Bei drohendem Herzcollaps Excitanten, wie Campher, Aether, Caffein etc.* »

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Dr. Hæberlin :

Ueber Indikationen und Technik der operativen Sterilisierung vermittelst Tubenunterbindung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, 1901, pag. 347.)

Es wurden 14 Fälle operiert, die in 3 Gruppen zerfallen :

I. 5 Fälle von künstlichem Abortus : a) Hyperemesis, extreme Schwäche, 8 Geburten und 2 Aborte vorausgegangen ; b) in der vorhergehenden Schwaugerschaft melancholische Zustände, welche bei allgemeiner Schwäche nur noch stärker auftraten ; c) Beckenenge, 3 schwere Geburten, chron. Ischias ; d) chronisches Unterleibs- und Magenleiden, 7 vorausgegangene Geburten ; e) doppelseitige Spitzentuberkulose. — Anschliessend 2 Fälle mit *beginnendem Abort* ; Menorrhagien, schwere Anæmie, 10 resp. 6 vorausgegangene Geburten.

II. 2 Frauen mit Vitium cordis, welches bei der einen in der vorangehenden Schwangerschaft zu Herzinsufficienz führte, bei der andern unter der ersten Geburt zu Hirnembolie mit Hemiplegie und Aphasie.

III. Die Tubenunterbindung war Nebenoperation im Anschluss von Operationen wegen Lageanomalien.

Indicationen : Hæberlin ist der Ansicht, dass, bestimmter Wunsch der Ehegatten keine Kinder mehr zu bekommen vorausgesetzt, die Sterilisierung in allen jenen Fällen dem künstlichen Abortus angeschlossen werden darf, wo die Gründe zum Abort chronische und unter den gegebenen Verhältnissen einer Heilung oder bedeutenden Besserung nicht fähig sind. Die Sterilisierung als Nebenoperation kann in Frage kommen bei Vielgebährenden, die nahe am Climacterium sind, oder das Resultat der Operation durch folgende Schwangerschaft und Geburt in Frage gestellt würde. Dabei ist die soziale Frage, ähnlich wie bei chro-

nischen Unterleibsleiden, zu berücksichtigen, weil sie eben die Pr
mächtig beeinflusst. »

Technik: Häberlin hat in allen spätern Fällen die Tubenecke a
Uterussubstanz herausgeschnitten und nach der Keilexcision die
exakt mit sero-seröser Naht geschlossen. Bei weiten Genitalien v
Vagina aus, bei gleichzeitiger Ventrofixation per Bauchschnitt, u
mal in Verbindung mit der Alexander-Adam'schen Operation
Erweiterung der Inguinalöffnung. »

Diskussion:

Dr. Meyer-Wirz: bestreitet, dass sich die Indication zur Steril
mit derjenigen für den künstlichen Abort decke; dieser letzter
Sterilisierung, sei nur dann gestattet, wenn eine Gravidität Leben
in sich schliesse.

Dr. Schwarzenbach: schliesst sich dem Vorredner an.

Prof. Eichhorst: frägt, ob nach der Sterilisation die Menses
unverändert geblieben seien; des weitern führt er aus, als Ph
könne man die künstliche Sterilisation bei armen Frauen beg
aber nach unsern Gesetzen seien wir dazu nicht berechtigt. Nur
Leben zu retten, sei diese Operation gestattet.

Dr. Häberlin: die Menses waren stets unverändert; in säm
Fällen ist die Indication nie in den sozialen Verhältnissen all
gründet gewesen.

Dr. Schwarz: führt aus, dass vom gerichtsärztlichen Standpun
gegen den künstlichen Abort mehr Einwendungen zu machen se
gegen die Sterilisation. Der letztere Eingriff sei im Gesetze ga
berücksichtigt. In solchem Falle käme nur « Körperverletzung
heblichem, bleibendem Nachteil » in Frage.

Dr. Laubi: macht auf den Fall aufmerksam, wo eine gesund
mehrmals Kretins geboren hat und meint, dass da die Steril
im Interesse des Staates empfehlenswert wäre.

———

Dr. G. Hæmig * :

Ueber Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 12, 1901, pag. 377.)

Das Material zu dem Vortrag stammt aus der Krönlein'schen Klinik und umfasst die Jahre 1881—1900. Das Frequenzverhältnis der Geschlechter ist folgendes: 70 % männlicheIndividuen und 30 % weibliche. Nach Hæmig ist beim Weibe der Processus vermiformis besser vascularisiert, als beim Manne und zwar durch eine Arterie des lig. appendiculo-ovaricum; überdies sind gewiss perityphlitische Störungen beim Weibe nicht selten als Erkrankungen der Genitalsphäre gedeutet worden. Die grossen Opiumgaben werden verworfen, da dieselben die Symptome und das subjektive Befinden des Pat. in einer Weise beeinflussen können, die das Urteil über den wirklichen Stand der Dinge sehr erschwert und event. den noch günstigen Zeitpunkt für die Operation verpassen lässt.

Von 35 nicht operierten Fällen sind 30 geheilt; 5 Todesfälle betreffen Pat. mit allgemeiner Peritonitis, deren Zustand eine Operation nicht mehr thunlich erscheinen liess.

Von 51 im akuten Stadium mit lokalisierter Perityphlitis operierten Kranken sind 4 gestorben.

Von 27 mit allgemeiner eitriger Peritonitis nach Perityphlitis zur Operation gekommenen Kranken konnten doch noch 6, vor dem so gut wie sicheren Tode, gerettet werden.

Von 91 Fällen, bei denen die Amputation des Wurmfortsatzes im freien Intervall ausgeführt wurde, genasen sämmtliche.

Die Indikationen für eine Operation während des Anfalles werden folgendermassen festgestellt:

Im akuten perityphlitischen Anfall ist sofort zu operieren, wenn Grund zu der Annahme vorhanden ist, dass eine allgemeine Peritonitis droht oder schon vorhanden ist.

* Siehe unter « *Originalartikel* » Dr G. Hæmig: Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurg. Klinik während der zwei Decemien 1881-1901, pag. 35.

Zum Teil vorgetragen in der « Gesellschaft der Aerzte in Zürich, » am 8. Dezember 1900.

Im akuten perityphlitischen Anfall ist nach Verfluss der ersten Tage zu operieren :

1. *Wenn die schweren Anfangssymptome (Erbrechen, Puls, F nicht nach 3 bis 5 Tagen zurückgehen ;*

2. *wenn beunruhigende Erscheinungen (Pulszunahme, Erbrechen laps) sich einstellen und mehren ;*

3. *wenn Fluktuation, Druckempfindlichkeit, Temperatur, Oedem e Existenz eines Abcesses sicher stellen.*

Dr. Fr. Brunner :

Zur operativen Behandlung der Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 12, 1901, pag. 3

Brunner hält einen Ueberblick über die seit 1895 in der *Diakon anstalt Neumünster* behandelten Fälle von Perityphlitis. Viel männliche als weibliche Patienten. Von 63 Kranken wurden 2 medizinisch behandelt, 35 wurden chirurgischen Eingriffen unter und 7 starben. *Rein intern* wurden die Fälle behandelt, deren Zu nicht gefährlich erschien, die guten Puls, mässiges Fieber aufwiese bei denen alle Symptome Tendenz zur Besserung zeigten.

Operativ wurden 35 Patienten behandelt, an denen 42 Operat vorgenommen wurden und zwar 24 Incisionen im akuten Anfa 22 Personen, 18 Exstirpationen des Appendix im Ruhestadium. Bei barer allgemeiner Peritonitis wurde drei mal operiert ; alle drei Pat starben.

Beim akuten Anfall und abgesackten Herd wurde die Incision ge wenn das Fieber anhielt, das Allgemeinbefinden schlechter wurde, die Resistenz zunahm, wenn deutliche Fluktuation auftrat und e wenn nach anfänglicher Besserung wieder Verschlechterung eintr

Die mit Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall b delten Patienten sind alle reaktionslos glatt geheilt, nur einma zögerte eine Nachblutung die Heilung etwas.

Zur Exstirpation wurden die Bauchdecken nach Mac Burney Faserverlauf der Schichten entsprechend getrennt, am Ansatz de cessus wurde eine Serosamanchette gebildet, die über der abgebun Muscularis und Mucosa vernäht wurde.

Diskussion :

(Zu den beiden Vorträgen.)

Dr. LÜNING : demonstriert einen zweifach perforierten Proc. vermif., mit Kotstein, von der Grösse einer halben Kirsche; derselbe zeigt sich mit Haaren durchsetzt (Menschenhaare); es handelte sich also offenbar um einen Fall von sog. «Haaressen.» Der Fall verlief nach zwei Tagen letal; Pat. befand sich zur Zeit des operativen Eingriffes bereits im Stadium der allgemeinen Peritonitis. LÜNING erwähnt als weitere ihm gelegentlich vorgekommene seltenen Vorkommnisse «Oedem des rectum» mit kontinuierlich sich folgenden hell-glasigen Schleimentleerungen, die nach der Operation (konstringierenden Abscess), sistierten. — Eine anatomische Absonderlichkeit war eine Arterie von der Dicke einer ulnaris, die bei der Resektion eines chronisch indurierten Appendix unterbunden wurde.

Dr. TSCHUDY : hat, entgegen von SONNENBURG, bei der Operation im akuten Stadium den Proc. vermiform. nicht immer, sondern nur dann entfernt, wenn derselbe in der Abscesshöhle frei zu Tage trat; es ist erfreulich zu sehen, dass sowohl in der *chirurgischen Klinik,* als in der *Diakonissenanstalt* einem konservativen Standpunkt gehuldigt wird. Nach Ablauf des akuten Stadiums kann ja jederzeit unter sehr günstigen Umständen die Excision des Proc. vermiform. ausgeführt werden. Bezüglich der Operation im freien Intervall ist TSCHUDY das oft ganz überraschende Missverhältnisse zwischen den vorausgegangenen klinischen Erscheinungen und dem bei der Operation sich darbietenden patholog.-anatom. Befund, aufgefallen. Es lassen sich demnach aus dem Verlauf der vorausgegangenen Anfälle keine haltbaren Schlüsse ziehen auf den bei der Operation zu erwartenden Befund und die daraus folgenden Schwierigkeiten bei der Operation selbst.

Dr. Wilh. v. MURALT : glaubt, dass in seinem Material *(Kinderspital und Privatpraxis)* das weibliche Geschlecht numerisch nicht erheblich hinter dem männlichen zurückstehe. Womöglich soll nicht im Anfall operiert werden ; ja selbst, wenn ein Abscess nachgewiesen wurde, würde er event. versuchen, den Pat. durch den Anfall hindurchzubringen und erst nachher operieren. Im freien Intervall aber soll jede Perityphlitis operiert werden; auch schon nach einem einmaligen Anfall, besonders wenn derselbe leicht gewesen ist, weil in einem eventuellen zweiten der Pat. nicht durch Verwachsungen geschützt ist; muss man aber im Anfall operieren, so sucht VON MURALT nicht mehr, wie früher, den Wurmfortsatz in jedem

Fall zu entfernen, sondern beschränkt sich, wenn derselbe nicht leicht zu isolieren ist, auf Incision und Drainage. In diesen Fällen, wenn sie durchgekommen sind, hat er dann öfter Bauchhernien gesehen. Er frägt Kollege Hæmig an, wie sich sein Material in dieser Hinsicht verhalte.

Dr. Hæmig: antwortet, es sei unmöglich gewesen, die grosse Zahl der Operierten wieder herzubestellen. Die erwähnten Bauchhernien wurden nur sofort beim Austritt beobachtet. In den übrigen Fällen fand man beim Verlassen der Klinik die Narbe immer normal.

Dr. Wilhelm Schulthess: Bei der internen Behandlung legt Verf. nach dem Vorgange von Herrn Prof. O. Wyss sehr grosses Gewicht auf die Anwendung des Morphins, welches er für viel wirksamer hält, als das Opium. Der wichtigste Punkt in der internen Therapie wäre eigentlich die Zerstörung des Kotsteins. Diagnostisch ist von Wichtigkeit, bei bestehender oder beginnender diffuser Peritonitis, die Art der Perforation festzustellen. Dass im «*zürcherischen Waisenhause*» die Perityphlitis ziemlich häufig vorgekommen ist, kann Verf. als langjähriger Waisenhausarzt bestätigen. Ein Grund hiefür konnte bis jetzt nicht ausfindig gemacht werden. Wenn die operative Therapie so ausserordentliche Dimensionen angenommen hat und die Indicationen erweitert worden sind, so ist die Aufgabe des Internen keine kleinere geworden. Nach der Ansicht des Verf. ist das Wachsen des Tumors eine der Hauptindikationen für einen operativen Eingriff.

Fortsetzung der Diskussion:

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 13, 1901, pag. 414 und folg.)

Dr. A. Huber: *Die Diagnose* wird oft schwanken zwischen *Cholelithiasis* und *Perityphlitis. Therapeutisch* bekennt sich Huber als überzeugter Anhänger der Opiumtherapie. Die reflektorische Kontraktion der Bauchmuskulatur wird durch das Opium aufgehoben und die Palpation des Tumors gelingt viel besser. — Der Nachweis des Abscesses bildet an sich noch keine Indikation zu seiner sofortigen Entleerung. — Bezüglich der *Recidive* kann sich Huber des Eindruckes nicht erwehren, dass die leichteren Formen der Appendicitis häufiger recidivieren, als die schwer verlaufenden. — Was endlich die Bemerkung des H. Kollegen Schulthess wegen des Waisenhauses betrifft, so wird wohl ein bestimmtes

Nahrungsmittel, das besonders häufig genossen wird (Hafergrütze), als schädliches Agens in Frage kommen; auch ist den abspringenden Emailsplittern der *Emailkochgeschirre,* als Appendicitis erzeugendes Moment, mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Dr. Wilh. v. MURALT: Hat 63 Fälle beobachtet: 34 Knaben und 29 Mädchen; davon sind 21 nicht operiert worden; im Anfall waren operiert worden 31 Patienten (16 Knaben und 15 Mädchen, davon sind 21 geheilt und 10 gestorben); im freien Intervall wurden der Operation unterworfen 11 Patienten (5 Knaben, 6 Mädchen.) — Die Jahreszeit, in welcher die Kinder am meisten Gelegenheit zu Indigestionen haben, scheint das Auftreten der Blinddarmentzündung zu begünstigen (Januar, August, September und Oktober). Bisweilen scheint die Heredität einen gewissen Einfluss auf das Eintreten von Perityphlitis auszuüben und es lässt sich ja denken, dass die congenital erworbene Form des Wurmfortsatzes (Länge, gebogener oder gewundener Verlauf, Enge des Eingangs etc.) zur Entzündung disponieren kann.

Was die Art der *Operation* anbetrifft, so entfernt Wilh. v. MURALT den Proc. vermif. während des Anfalles nur dann, wenn sich dies leicht bewerkstelligen lässt, beschränkt sich aber in der Regel auf breiten Einschnitt und Drainage; bei grossem Abscess offene Nachbehandlung und Verschieben der Resektion auf den freien Intervall.

v. MURALT gedenkt in Zukunft so vorzugehen, dass er, auch bei bestehendem Exsudat, so lange Allgemeinbefinden, Aussehen und namentlich Puls es gestatten, mit absoluter Ruhe, stricter Diät, Opium und Eisbehandlung fortfährt, um das Kind womöglich über den Anfall hinüber zu bringen und nachher im freien Intervall die Resektion vorzunehmen. Umsomehr aber legt er dann darauf Gewicht, dass nicht erst ein weiterer Anfall abgewartet wird, sondern schon nach einmaligem Anfall (SALAGUIER) die Resektion dringend angeraten und damit die Krankheit zur bleibenden Heilung gebracht werde.

Dr. TSCHUDY: Das Zurücktreten des weiblichen Geschlechts in der Statistik der Erwachsenen beruht zweifellos grösstenteils darauf, dass die Frauen bedeutend weniger äussern Schädlichkeiten (Traumen, Erkältungen, grobe Diätfehler etc.) ausgesetzt sind; zum Teil segeln gar nicht selten Perityphlitiden bei Frauen unter der Flagge einer *Genitalerkrankung.*

Prof. Herm. MÜLLER: hat noch nie bei einem Perityphlitis-Recidiv eine diffuse Peritonitis sich entwickeln sehen. Nach seinen Erfahrungen

handelt es sich bei manchen Fällen mit schlechtem Verlaufe ents um anfängliche ganz unzweckmässige Selbstbehandlung und ganz selten, um falsche Diagnose. Durch rasches Eingreifen — s Abstinenz von Nahrungszufuhr, absolute Ruhigstellung. Opium lung — schadet man in keinem einzigen Falle. Er glaubt, dass stigen Erfahrungen mit der Perityphlitis in der medizinischen P zum Teil auf die eingeschlagene Therapie zurückzuführen sind.

Dr. W. SCHULTHESS: erwähnt als Beitrag zur Casuistik, dass e dem in der Statistik der chirurgischen Klinik aufgeführten Leberabscess nach perytiphlit. Abscess, ebenfalls einen solchen obachtet hat; ein weiterer Fall von Selbstamputation des Processu formis kam des weiteren im Diakonissenhause zur Beobachtung.

Dr. HANS MEYER-RUEGG: Herr Kollege TSCHUDY hat vorhin Zusammenhang zwischen Perytiphlitis mit weiblichen Genit hingewiesen; gewiss mit Recht; er glaubt, dass häufig bei Fra Unterleibsaffektion diagnosticiert wird, wo in Wirklichkeit Peri besteht. Hingegen ist nach der Ansicht des Vortragenden di kehrte Verwechslung gerade so häufig oder noch häufiger. Freili men Perityphlitis und gynækologische Affektionen auch gar selten zusammen vor oder es kann die eine der andern folgen. MEYER's Vertretung in der *Frauenklinik* bekam eine Frau, bei rechtsseitige Tubarschwangerschaft diagnostiziert worden war welcher der Tubensack ungewöhnlich hoch sass, einen typischen phlitischen Anfall. Bei der Operation fand sich der Processus formis mit dem entzündeten Tubarsack innig verwachsen und se zündet. Entfernung beider brachte Heilung. — Vor nicht langer Prof. KRÖNLEIN eine Patientin operiert, welche einen Anfall einem perityphlitischen gehabt hatte und bei der man im Zwe ob wirklich Perityphlitis vorliege oder ob es sich um Stieldrehu zu gleicher Zeit vorhandenen Ovarialkystoms handle. Bei der O fand sich Verwachsung zwischen dem Tumor und dem Wurmfo

Prof. SCHLATTER: teilt einen höchst interessanten Fall von Selb tation mit: « *Selbstamputation nicht nur der Appendix, sond Appendix plus einem grösseren Schleimhautstück des Cœcums u trägliche Einheilung des den Wurmfortsatz in sich tragenden hautstückes in die Bauchdeckenwunde.*

Prof. EICHHORST: Seit seiner Thätigkeit an der *Züricher mediz*

Klinik (1884-1899) behandelte er 254 Personen an Perityphlitis, 170 Männer und 84 Frauen.

	Medizinische Klinik	Chirurgische Klinik
1884-1888	43	10
1889-1893	55	17
1894-1898	124	85
Im Jahre 1899	32	42

Seit 1894 senden also die Aerzte mehr und mehr ihre Kranken auf die chirurgische Klinik. *Die Behandlung* auf der medizinischen Klinik besteht in flüssiger, sparsamer Kost, anfänglich in Eisblase, nach Schwund des Fiebers in warmen Kataplasmen, in absoluter Ruhe und Opiaten. — Von 254 Kranken starben nur 14 = 5,6 %. 17 Fälle wurden auf die chirurgische Klinik verlegt. Wenn Krönlein auf der chirurgischen Klinik eine etwas grössere Sterblichkeitsziffer hat (14,7 %), so darf man nicht vergessen, dass ihm besonders schwere Fälle zugehen. — Bezüglich der *Ursachen einer Perityphlitis* muss bemerkt werden, dass in den Angaben der Kranken oft die Behauptung wiederkehrt, sie hätten einen Spaziergang unternommen und dabei kaltes Bier, Wein, hie und da kaltes rohes Obst genossen und schon nach kurzer Zeit hätten sich die ersten Schmerzen eingestellt.

Prof. Krönlein: Die von Hæmig bereits angeführte Statistik der 204 Fälle betrifft ausschliesslich Kranke mit Perityphlitis, welche der chirurgischen Klinik *direkt* von den prakt. Aerzten überwiesen worden sind. Gegen die Indikationsstellung im Anfall zu operieren, so bald man glaubt einen Abscess konstatiert zu haben oder sobald man eine diffuse Peritonitis vorfindet oder deren Auftreten droht, ist Einspruch erhoben worden; dem gegenüber möchte ich mit Sonnenburg sehr strenge die Heilung d. h. das einmalige Abklingen einer perityphlitischen Attaque von der wirklichen und definitiven Heilung der Perityphlitis-Krankheit unterscheiden, da letztere doch vornehmlich auf dem Wege der Operation zu erreichen ist.

Von *Opiumdarreichung* wird auf der Krönlein'schen Klinik gewöhnlich schon desshalb Umgang genommen, weil die zur Aufnahme kommenden Fälle das « Opiumstadium » bereits hinter sich haben oder die Fälle so foudroyant verliefen, dass nur die früheste Operation den Menschen hätte eventuell retten können. Auch in denjenigen Fällen, die zunächst noch unter Beobachtung stehen, verzichtet Krönlein gerne

auf jedes Narcoticum, lediglich, um in dieser kritischen Zeit sich das Krankheitsbild nicht zu verschleiern und jene Euphorie zu schaffen, die das Urteil so ausserordentlich beeinflusst.

Wird während der Attaque operiert, so entfernt Krönlein den Wurmfortsatz nur, insofern dies ohne Mühe und ohne præparatorische Arbeit gelingt; durch ein solches Vorgehen wird die direkte Lebensgefahr vermindert und die Zahl der Kotfisteln herabgesetzt.

Von 27 Fällen mit *diffuser Peritonitis* wurden sechs Patienten durch die Operation noch gerettet. *Krönlein erinnert daran, dass Mikulicz und er zuerst im Jahre 1884 aus dieser Indikation die Laparotomie gemacht und dass er wohl der Erste gewesen ist, der bei diesem Anlass den durchlöcherten Wurmfortsatz aufgesucht und reseciert hat.*

Was die *Resektion des Processus vermiformis im freien Interval* anbetrifft, so wurden an der Krönlein'schen Klinik bis jetzt etwas mehr als 90 Fälle operiert und alle Operierten sind ohne Ausnahme glatt und reaktionslos geheilt, ohne Drainage, bei vollständigem Verschluss der Bauchhöhle.

Krönlein steht auf dem Standpunkt, schon nach dem ersten Anfalle dem Patienten zur Appendixresektion zu raten; bezüglich der *Operationstechnik* soll auf eine scharfe Schnittführung Gewicht gelegt werden, ein stumpfes Durchbohren der Bauchwand soll vermieden werden: möglichst exakte Naht von Peritoneum, Muskeln, Aponeurose und Haut in Etagen.

Dr. Tschudy:

Zwei Fälle aus dem Gebiet der Nierenchirurgie.*

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 16, 1901, pag. 521.)

1. Fall. *Rechtsseitige, operativ geheilte Nierentuberkulose.* 35 jährige Patientin; seit fünf Jahren zeitweise Schmerzen im Kreuz und in den Nierengegenden; in den letzten Monaten öfters stärkere Kopfschmerzen

* *Anmerkung des Referent*: Es sei mir gestattet, den Herren Kollegen auf's Angelegentlichste die « *Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten* » von Prof. Dr. James Israel zur Lekture zu empfehlen. Diese Empfehlung findet ihre Berechtigung in der Vorzüglichkeit des citierten Werkes, sowie in den, im Vorwort kurz angedeuteten Prinzipien: « Deshalb wünschte ich den Leser an das Krankenbett zu begleiten, um durch Vorführung der wechselnden Erscheinungen jeder Krankheitsgruppe die zusammenfassende Darstellung zu ergänzen. Dieser Plan soll in dem Titel des Buches zum Ausdrück kommen; er will sagen, dass ich nicht die Absicht hatte ein systema-

und seit Bestehen eines akut entstandenen Vaginalvorfalles Erscheinungen von Seiten der Blase; Brennen beim Urinieren. — Abmagerung. *Palpation der Nieren* ist *rechts* etwas empfindlich. Untersuchung des Harnsedimentes auf *Tuberkelbacillen* fällt positiv aus. *Eiweiss* $^1/_2$-$1^1/_2$ ‰. Narkosenuntersuchung und Cystoscopie (Dr. Hottinger). *Vergrösserung der rechten Niere.* — Blasenschleimhaut in der Umgebung des rechten Urethers etwas aufgelockert; einige kleine Ulcera. Katheterisation der Uretheren. *Tuberkulose der rechten Niere,* vielleicht kompliziert mit *Hydro- resp. Pyonephrose.*

Bei der Lösung der Frage nach dem Zustande der zurückbleibenden Niere kommt man nur bis zu einem Wahrscheinlichkeitsresultat; glücklicherweise genügt das aber « in praxi » meist. Bei der Operation muss man jedes Desinficiens von dem Operationsfelde fernhalten und sich zur Narkose des Aethers bedienen. — Patientin hat nach der in typischer Weise verlaufenen Operation an Körpergewicht wesentlich zugenommen; es besteht aber immer noch eine bedeutende Irritabilität der Blase. Tuberkelbacillen wurden im Harn nie mehr gefunden. Demonstration der entfernten Niere.

2. Fall. *Subcutane Nierenruptur.* 11 jähriges Mädchen. Fall auf die rechte Körperhälfte. Während der zwei folgenden Tage war der Urin blutig gefärbt; am fünften Tage noch rote Blutkörperchen und Eiterzellen im Sediment (37,3-38). Nach 14 Tagen lancinierende Schmerzen in der rechten Nierengegend; am 18. Tage Temperatur abends 40°. Puls 128-132.

Perirenaler Abscess. Eröffnung über dem lig. Pouparti, als auch in der Nierengegend und Drainage. Spontane Ausheilung der Fisteln.

Diskussion:

Dr. F. Brunner: hat bei ca. 15 von ihm ausgeführten Nephrectomien nie Störungen in der Diurese gesehen. — In acht Fällen von sicher kon-

tisches Lehrbuch zu schreiben, sondern das aus eigener Erfahrung Gelernte zum Nutzen derer, die lernen wollen, mitzuteilen.

Unter diesen hatte ich nicht nur diejenigen im Sinne, welche eine chirurgische Thätigkeit ausüben, sondern ebenso sehr die innern Mediciner und die praktischen Aerzte. Denn wesentlich bei ihnen, als den ersten Beratern, liegt das Geschick der Nierenkranken. Vermögen sie mit sicherem Blick die Operationsbedürftigen von den medizinisch zu behandelnden unterscheiden, um sie rechtzeitig der chirurgischen Fürsorge zu überweisen, dann leisten sie den Kranken ebenso viel, wie der Chirurg mit der Ausführung des Eingriffes. »

statierter Tuberkulose der Niere, bei denen er die Exstirpation ausführte, war nach der Operation der Urin bald ganz klar, bald noch etwas getrübt.

Dr. Hæberlin: berichtet über einen Fall von Nierentuberkulose, bei welchem die Blase schon so ausgedehnt sekundär erkrankt war, dass die Operation auf der chirurgischen Klinik in Zürich verweigert wurde. Nach der Operation blieb lange Zeit eine Fistel zurück. Die Blasengeschwüre hielten aus und Patient ist seit mehreren Jahren wieder vollkommen arbeitsfähig.

Dr. Hottinger: Die fortdauernde Blasenreizung im Tschudy'schen Fall, ohne Blasenerkrankung, ist vielleicht bei fortdauernder Ureteritis im Sinne einer sogenannten Pseudocystitis aufzufassen. Bei Feststellung der Funktionstüchtigkeit der zurückbleibenden Niere muss man auch an die Fälle denken, wo eine zweite Niere nicht mehr existiert, weil sie vollständig eingeschmolzen ist und darum auch keine Symptome mehr macht.

Dr. W. Schulthess: stellt an die Chirurgen die Frage, inwieweit die vorhandenen Allgemeinerscheinungen bei der Indicationsstellung zur Operation Berücksichtigung finden.

Dr. Tschudy: erwidert, dass man dann, wenn die Nierentuberkulose den einzigen nachweisbaren Herd im Körper bilde, das Recht und die Pflicht habe, das kranke Organ zu entfernen. Da wo auch andere Organe tuberkulös erkrankt sind, wird man eben von Fall zu Fall entscheiden müssen.

Prof. Eichhorst: hat einen Fall beobachtet, der beweist, dass *dauernde Heilung von Nierentuberkulose auch ohne chirurgischen Eingriff* vorkommt. Ein weiterer Fall von Nierentuberkulose bei einem jungen Mädchen zeigt, dass man bei der Beurteilung von Dauererfolgen vorsichtig sein muss.

Was den urämischen Tod nach einseitiger Nephrectomie anbetrifft, so sah E. ein junges Mädchen mit rechtsseitiger Wanderniere am dritten oder vierten Tage zu Grunde gehen, nachdem man auf dringenden Wunsch der Kranken die rechte Niere entfernt hatte. Vielleicht sind die Gefahren einer Nephrectomie in jenem Falle wesentlich geringer, in welchen die entfernte Niere krank war, so dass die gesunde Niere schon seit längerer Zeit daran gewöhnt war, die Arbeit der kranken Niere mit zu übernehmen.

D[r] U. Schläpfer:

Zur Pathologie und Diagnose der Pyo-Hydronephrose.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 17, pag. 563, 1901.).

Einleitend macht der Vortragende auf die grosse Bedeutung der Differentialdiagnose der Pyo-Hydronephrose einerseits und der Typhlitis andererseits aufmerksam; so kann die Hydronephrose die Symptome von Appendicitis vortäuschen.

Schläpfer hat in 20jähriger, selbständiger Praxis, 4 Fälle von Hydro- und Pyonephrose beobachtet.

1. Fall: 35jährige Frau; 38,5-39; ikterische Gesichtsfarbe. Probeincision: es wird dünne, eiter- und harnstoffhaltige Flüssigkeit entlert; Incision bis auf den Cystensack; Drainage, geheilt entlassen.

2. Fall: Exitus bevor ein operativer Eingriff möglich war. Sektion ergab: Erweiterung beider Ureteren über der Einmündung in die Blase, beide Nieren zu mehr als mannsfaustgrossen, lederartigen Säcken erweitert, Parenchym geschwunden.

3. Fall: Frau in den 40er Jahren, mit spontan perforierter (Hinterlassung einer grossen offenen Höhle in der Lendengegend), linkseitiger Pyonephrose.

4. Fall: 23jährige, ledige Schneiderin. Cardialgische Beschwerden; später plötzlich Schmerzen in der rechten regio iliaca: es wurde eine Typhlitis diagnosticiert. Ueberführung in's Krankenhaus; Operation; Bauchhöhle intakt; fluktuierender, intraperitonealer Tumor, welcher extraperitoneal incidiert, ca. $1^1/_2$ Liter Eiter entleerte (Bact. pneumoniæ Friedländer); hierauf wurde die cystös eitrig degenerierte Niere exstirpiert. Exitus.

Der Vortragende hofft, dass seine Mitteilungen diesen und jenen Collegen bestimmen werden, mehr als vielleicht bisher, bei cardialgischen Beschwerden sein Augenmerk nicht nur auf den Zustand von Magen, Leber, Gallenblase und Darm, sondern auch auf Lage und Funktion der Niere zu richten.

Diskussion:

Dr. F. Brunner: (Autoreferat) teilt kurz seine Erfahrungen über Retentionsgeschwülste der Niere, deren er fünf beobachtet hat, mit und betont, dass die *Diagnose,* namentlich wenn Entzündungserscheinungen vorhanden sind, nicht immer leicht ist. Er hat nur zweimal die ganz richtige Diagnose gestellt (ein Fall von intermittirender Hydronephrose wurde nicht behandelt, der zweite Fall wurde incidiert und ist seit 7 Jahren gesund.). Einmal stellte er die Diagnose auf Wanderniere (Exstirpation des Hydronsphrosensackes, Ursache der Retention: Oblitera-

tion des Ureters am Abgang aus dem Nierenbecken), ein anderes Mal auf Abscess der Gallenblase (Incision von den Bauchdecken aus, Heilung; Tod ein Jahr später an Recidiv; Ursache: Abknickung des Ureters beim Abgang aus dem Nierenbecken). Ein drittes Mal diagnosticiert er Perityphlitis (spontanes Zurückgehen der Hydronephrose.) Ursache: Geschwüre und Steinbildung am Blasenende des Ureters, Niere später exstirpiert.

Dr. HOTTINGER: (Autoreferat) möchte nur die Möglichkeit einer *Differenzial-Diagnose* der Hydro- (Pyo-) Nephrose gegenüber einer Ovarialcyste auf cystoskopischem Wege resp. durch Ureterkatheterismus hervorheben. Erstens lässt sich die Funktion des Ureters beobachten; bei geschlossener Hydronephrose passiert der Katheter nicht bis ins Nierenbecken, zeigt aber auch das Fehlen von Urinabfluss; gelangt er aber ins Cavum, so fliesst, im Gegensatz zum normalen intermittierenden Typus continuierlich Flüssigkeit ab und der Tumor verkleinert sich; H. erinnert ebenfalls an den in der letzten Sitzung von Dr. TSCHUDY mitgeteilten Fall, wo sich auf diese Weise eine Nierencyste entleerte.

Prof. SCHLATTER:

Demonstrationen über Appendicitis perforativa vortäuschende Krankheitsbilder.

SCHLATTER verfügt über 3 hiehergehörige, sehr lehrreiche Fälle, zwei davon interessieren ganz besonders den Gynækologen.

Erster Fall: 25jähriges Mädchen, gebar am 6. Nov. 1900; vier Tage später 39,8 C. und heftige in die Beine ausstrahlende Leibschmerzen; in der rechten Abdominalgegend stellte sich in der Folgezeit eine Dämpfung ein. Die *Untersuchung per vaginam* zeigte eine diffuse, weiche Resistenz, welche das rechte Scheidengewölbe abflachte. Der behandelnde Gynækologe stellte die *Diagnose auf Appendicitis perforativa,* neben bestehender *Parametritis dextra* und überwies die Patientin am 24. Nov. der chirurgischen Klinik.

Bei der vorgenommenen Laparotomie zeigte sich die rechte Tube sackartig erweitert; in dem Sacke werden zwei Perforationen sichtbar, aus welchen sich dicker Eiter entleert! Nach Exstirpation der rechten Adnexe und Lösung verschiedener Adhæsionen entleert sich ebenfalls aus dem rechten Hypochondrium, von der Leber her, massenhaft eitrige Flüssigkeit. Heilung.

Wir haben hier die Diagnose zu verifizieren auf geplatzten, rechtseitigen Pyosalpinx.

Zweiter Fall: 21jährige Frau, die am 14. Januar 1901 beim Zuknöpfen ihrer Schuhe von krampfartigen Bauchschmerzen überfallen wird; eine Viertelstunde später wurde sie ohnmächtig. Erbrechen; am 15. Januar mit der *Diagnose Appendicitis perforativa* auf die chirurgische Klinik gebracht.

Temperatur 39,8. Puls klein, 118. Abdomen etwas aufgetrieben: Perkussion und Palpation des Abdomens sehr empfindlich, besonders in der rechten Fossa iliaca. Die *Untersuchung per vaginam* ergiebt folgenden Befund: Das rechte Scheidengewölbe lässt sich wegen grösserer Schmerzhaftigkeit nicht genau abtasten. Die Druckempfindlichkeit ist im linken Scheidengewölbe weniger stark ausgesprochen. Da keine klaren Symptome für eine Appendicitis vorliegen, zudem eine auffallende Anæmie der Patientin vorliegt, wird bei der Unsicherheit der Diagnose die Laparotomie in der Linea alba ausgeführt.

In diesem Falle täuschte eine Tubarschwangerschaft das Bild der Appendicitis perforativa vor.

Wegen vorgerückter Zeit kann Prof. Schlatter auf eine Epikrise der mitgeteilten Fälle nicht mehr genauer eingehen. Im zweiten Falle haben wir in der akuten Entstehung und in der übrigen Anamnese, sowie in der hochgradigen Anæmie für Extrauterinschwangerschaft sprechende Symptome. Freilich machte die angeblich früher durchgemachte Blinddarmentzündung und die hohe Temperatur vor der Operation (39,8) die Diagnose unsicher.

Bei der Pyosalpinx-Patientin hätten die Lokalsymptome für eine Pyosalpinx sprechen dürfen, konnten aber auch als Parametritis — plus Appendicitiserscheinungen — gedeutet werden.

Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich.

Dr. A. Huber:

Ueber Irrwege bei der Diagnose der Perityphlitis*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 16, 1901, pag. 528.).

Diskussion:

Dr. H. Häberlin: Bei allen unklaren, akuten und subakuten Unterleibsentzündungen soll man nach Kocher die Ursache in erster Linie beim Wurm suchen. Die Thatsache, dass bei Erkrankungen der Appendix der Schmerz häufig im Magen lokalisiert ist, erklärt sich oft durch Verwachsungen des Netzes mit dem Proc. vermiformis. Der desolate

*Siehe unter: « Veröffentlichte Originalarbeiten, » pag. 38.

Allgemeinzustand soll nie eine Contraindication für den chirurgischen Eingriff sein.

Dr. WILH. v. MURALT: empfiehlt, wenn irgend möglich, doch noch operatives Vorgehen, selbst bei ganz schlechtem Aussehen des Patienten.

Dr. A. HUBER: Wir sehen schon beim allerersten Anfall die epigastrische Lokalisation der Schmerzen, also zu einer Zeit, wo von einer adhæsiven Peritonitis noch keine Rede sein kann; wir müssen eingestehen, dass wir eine Erklärung für diese eigentümliche Lokalisierung des Schmerzes nicht geben können.

EDEBOHL'S Argumentation betreffend Causal-Zusammenhang der Wanderniere mit Appendicitis hat HUBER wenig imponiert. Dass man bei der ungeheuren Häufigkeit der tiefen Niere beim Weibe auch recht oft Wanderniere mit Appendicitis gepaart findet, hat nichts besonderes an sich. Wie sollte denn die häufigere Erkrankung des männlichen Geschlechtes an Appendicitis bei der grossen Seltenheit der Wanderniere mit dieser Edebohl'schen Hypothese in Einklang zu bringen sein **?

Dr. HOTTINGER:

Ueber Urogenitaltuberkulose.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 16, 1901, pag. 529.).

Ein Drittel der an Urogenital-Tuberkulose (U. T.) erkrankten Patienten waren Frauen; bei primärer Nieren- und Blasentuberkulose wird der Geschlechtsunterschied noch mehr verwischt. Die Infektionsmodi und die allgemeine Therapie werden nur gestreift. Es ist zu bemerken, dass wir es in günstigen Fällen mit einer an und für sich heilbaren Krankheit zu thun haben. Am besten bekannt ist die (primäre) isolierte Nierentuberkulose (Nach ISRAEL in 88 % einseitig); auch bei sogenannten latenten Fällen sind doch wenigstens objektive (Harn) Erscheinungen nachweisbar. Als præmonitorische Zeichen werden Polyurie und Albuminurie aufgefasst. Bei sicherer Diagnose (Tuberkulinreaktion gibt oft prompten Bescheid) kommt heute als wahre Therapie wohl nur die Nephrectomie in Frage.

** *Bemerkung des Referent:* Ich möchte auf die neueste Arbeit EDEBOHLS aufmerksam machen, die den Zusammenhang von Wanderniere und Appendicitis behandelt: The Technics of Nephropexy as an Operation per se, and as Modified by Combination with Lumbar Appendicectomy and Lumbar Exploration of the Bile Passages. Annals of Surgery. February 1902.



Für den speciellen und allgemeinen Erfolg (Wundverhältnisse) kommt sehr der Zeitpunkt der Operation in Frage; doch kann oft auch bei Lungenaffektion und namentlich bei Blasentuberkulose durch Elimination eines Hauptherdes überraschende Besserung erzielt werden. Die Blasentuberkulose zeigt sich hauptsächlich als chronisch-hæmorrhagische Cystitis; jeder chronische Katarrh der Harnwege sollte, namentlich bei saurer Reaktion des Harnes, den Verdacht auf Tuberkulose wecken.

Diskussion:

Dr. A. Huber: « Herr Kollege Hottinger hat besonders auf die saure Reaktion des Harnes bei tuberkulöser Cystitis aufmerksam gemacht; doch darf nicht vergessen werden, dass der Urin bei der häufigsten Cystitisform, der Coli-Cystitis, *auch sauer* reagiert. Aus den Krankengeschichten der *Zürcher medizinischen Klinik* habe ich seinerzeit in über 65 % aller Cystitisfälle saure und nur in 23 % ammoniakalische Harngährung gefunden. Der *saure* Blasenkatarrh überwiegt also im Allgemeinen und ist deshalb die Reaktion des Harns zur Diagnose der Tuberkulose kaum heranzuziehen. »

Dr. W. Silberschmidt: macht einige Bemerkungen zum *Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin.* Man muss sich hüten vor der Verwechslung mit den sog. säurefesten (Smegma u. a.) Bacillen. Es ist wichtig, die *Präparate lange zu färben* * und die *Entfärbung* ** *getrennt* vorzunehmen; eine genügend lange Einwirkung des Alkohols ist namentlich unbedingt erforderlich. Das mit Wasser gespülte Präparat wird dann *kurz* mit einer Methylenblaulösung kalt *nachgefärbt.*

Dr. Hottinger: « Jede Cystitis mit saurem Urin braucht gewiss nicht tuberkulös zu sein; nur in den Fällen, wo eine anderweitige Aetiologie nicht klar vorliegt und saurer Urin vorhanden ist, soll in erster Linie auch an Tuberkulose gedacht werden. »

*(5—10 Minuten in guter Karbolfuchsinlösung bei gelinder Erwärmung.)

**(Zuerst in 5 oder 10 % Schwefel- oder Salzsäure und dann in 60 % Alkohol).

———

Der 10. klinische Aerztetag in Zürich.

Prof. Wyder:

Die Bedeutung des Gonococcus für die Gynækologie.

Leider wurde der Vortrag im « Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte » nicht referiert.

Prof. Hermann Müller:

Demonstration.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 6, 1901, pag. 189.)
2 jähriges Italienermädchen mit Gonococcen-Vulvovaginitis.

Prof. Paul Ernst:

Demonstrationen im pathologischen Institut. (Ibid.)

1. 2 Paare von *Cystennieren*, das eine von einem *Neugeborenen*, das andere von einer *50 jährigen* Frau herstammend, geben Anlass zu einer vergleichenden kritischen Besprechung älterer und neuerer Ansichten über die Entstehung der Nierenabschnitte und die damit zusammenhängende Genese der Cystenniere. (Erklärungen von Virchow, Nauwerk-Hufschmid, Ribbert u. a.)

Die Objekte sind einzeln von Bedeutung dadurch, dass die erstgenannten als ein *Geburtshindernis* wirkten, die letztern von ganz enormer Grösse werden. (Dimensionen des Spirituspräparates 20, 12, 8 cm.) Autoreferat.

2. An einer langen Reihe mikroskopischer Præparate von *Dermoiden* nnd *Teratomen* der *Ovarien* werden die neuesten Ansichten über diese seltsamen Geschwülste entwickelt, wie sie namentlich in den Arbeiten von Waldeyer, Duval, Répin, Wilms, Arnsperger und vielen anderen ihren Ausdruck gefunden haben. Von ektodermalen Bildungen werden vorgezeigt: Haut mit abschuppenden Hornlamellen, Epidermis mit ihren Abkömmlingen (Haarbälge mit Haaren, Talg und Schweissdrüsen), *Talgdrüsenadenome*, *Zahnkeime mit Schmelzorgan* (in der ersten Entwicklung). Von Derivaten des Medullarrohres werden demonstriert:

Gehirnbestandteile (?) Ganglienzellen (?) und sogenanntes *Pigmentepithel der Retina* (?), in hexagonalen flächenhaften Mosaikbildern, ferner sogenannte *Spezialganglienzellen*, die aber wahrscheinlich als *Ureier* anzusprechen sind. Von entodermalen Bildungen werden vorgeführt Bilder, die an *Trachea* erinnern, mit Flimmerepithel-Schleimdrüsen, glatten Muskelfasern und Knorpelspangen, ferner *darmähnliche* Gebilde mit *Cylinderepithel, Lymphfollikeln,* und *2 gekreuzten Schichten glatter Muskulatur,* Schleimhaut mit *Becherzellen* und *Schleimproduktion,* die an den Magen erinnern, *Uebergänge* von mehrschichtigem Plattenepithel in einschichtiges Cylinder- und Flimmerepithel, die mit der Cardia verglichen wurden, endlich von mesodermalen Bildungen wurden beigebracht: *endochondral gebildeter Knochen, Knochenentwicklung* aus *Osteoblasten, Markraumbildung* im Knochen. Die Præparate machen es verständlich, wie die neueren Autoren auf den Gedanken kamen, in diesen Geschwülsten rudimentäre Foeten, dreiblättrige Keimanlagen, Embryome (Wilms), ungeschlechtliche Foeten (Klaatsch), Produkte parthogenetischer Entwicklung des Eies (Waldeyer), Geschwulstbildung der Keimzellen zu erblicken. (Autoreferat.)

Medizinische Gesellschaft des Kantons Waadt.

Dr. Muret, Lausanne:

Diskussion zu dem Vortrage von Dr. Bonjour : «Ueber praktische Betrachtungen betreffs der Hypnose.»

(Revue Méd. de la Suisse Romande. Nr. 2, 1901, pag. 136, 137, 138.)

Wenn man einer Patientin die Behandlung vermittelst der Hypnose anempfiehlt, so muss man erstere von dem Erfolge zum Voraus überzeugen. Wird die hypnotische Kur mit Isolierung und Ruhe combiniert, so erhält man vorzügliche Resultate. Da viele Genitalerkrankungen nervöser Natur sind, so sollte der Gynækologe öfter an den Hypnotismus, als an die Chirurgie denken; er muss auch bei den Behandlungsmethoden zu combinieren verstehen! So hat M. in Hypnose mit vollem Erfolg eine *vaginale Hysterectomie* ausgeführt. Man muss die Kranke vorbereiten und sie nicht im Operationszimmer hypnotisieren; auch soll man die zu gebrauchenden Instrumente sorgfältig verbergen, um alles fern zu halten, was sie in Aufregung bringen könnte.

Prof. Rapin, Lausanne:

(Revue méd. de la Suisse romande, Nr. 4, 1901.)

1. *Meningocele mit Encephalocele.* Rapin praktizierte bei einem Kinde die Punktion der Meningocele und schloss die Oeffnung im Schädel vermittelst der Naht.

2. *Encephalocele,* die einen Teil des Grosshirnes enthält. (Anatomisches Præparat.)

3. *Missbildung eines Neugeborenen,* dessen untere Körperhälfte rudimentär geblieben ist und vollständiger Mangel der Geschlechtsorgane. (Anatomisches Præparat.)

Dr. Muret, Lausanne:

Tubarschwangerschaft.

(Revue Méd. de la Suisse Romande. N° 9, 1901.)

Muret zeigt eine Serie von anatomischen Præparaten, um die Evolution der Tubarschwangerschaft in den ersten Monaten zu illustrieren; des weitern demonstriert er einen seltenen *Fall von interstitieller Schwangerschaft,* dem fünften Monat entsprechend: Ruptur des Fruchtsackes. Abdominale Total-Exstirpation des Uterus. Muret kommt des weitern auf die Notwendigkeit der richtigen Diagnosstellung und die chirurgische Intervention zu sprechen. Von 12 von ihm operirten Fällen sind sämmtliche geheilt.

An der *Sitzung der medizinischen Gesellschaft der Westschweiz* in Lausanne, demonstrierte Muret des weitern einen Uterus von einer 55 jährigen Frau, Uterus, der neben Fibromen ein Carcinom aufwies.

V

Verschiedenes.

A. Referate und Hebammenzeitungen.

Dozent Dr. BEUTTNER, Genf:
Referent der Revue de Gynécologie, etc., von S. POZZI und der L'Obstétrique von P. BUDIN für das Centralblatt für Gynækologie.

Oberarzt Dr. KALT, Aarau:
Redaktor der « Schweizerischen Hebammen-Zeitung. » Verleger Emil Hoffmann in Elgg, Kt. Zürich.

Dozent Dr. ROSSIER, Lausanne:
Rédacteur du Bulletin mensuel. Seul organe officiel de la Société vaudoise des sages-femmes. (Lausanne. Imprimerie Georges Bridel & Cie.)

Dr. WORMSER, Basel:
Mitarbeiter der Frommel'schen Jahresberichte.

B. Therapeutische Notizen.

1. *Humanisierte Milch von Yverdon.* Aus der *Gebäranstalt in Lausanne* wird folgender Fall mitgeteilt (Bulletin Mensuel N° 10, 1901): Frühgeburtskind, 7 Monate alt, wurde in die « Couveuse » verbracht und mit humanisierter Milch von Yverdon ernährt. Es wurde halb Milch und halb steriles Wasser verabreicht; in den ersten Tagen wurde von dieser Mischung per Mahlzeit nur 25 gr. consumiert; nach 6 Tagen war das Gewicht von 1400 gr. auf 1430 gr. gestiegen; nach 16 Tagen constatierte man eine Zunahme von 330 gr.; auch wurde von nun an nur noch $^1/_4$ Teil Wasser zugesetzt; die Menge pro Mahlzeit betrug nur 75 gr.

Das neugeborene Kind ertrug von Anfang an und trotz des bestehenden ausserordentlichen Schwächezustandes die humanisierte Milch ganz vorzüglich und hatte selbe nie erbrochen.

In Zukunft soll diese Milch sofort ohne Wasserzusatz verabreicht werden.

2. *Reine getrocknete Bier-Hefe* der « Grande Pharmacie Fink » in Genf. T. Landau hat nach einem möglichst unschuldigen Mittel gesucht, welches die Scheiden- und Cervixfläche, d. h. die Erreger des Katarrhs, ihre schädlichen Produkte oder ihren Nährboden dauerhaft beeinflusst und dieses Mittel in der « Hefe » gefunden. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899, Nr. 11.) Bei mehr als der Hälfte der Fälle (im ganzen wurden 40 beobachtet) schwand, bei einigen schon nach ein- oder zweimaliger Application der Hefe, der Ausfluss und kehrte auch nach Aussetzen der Behandlung nicht wieder.

Zur bequemen Handhabe der « Hefe » hat die «Grande Pharmacie Fink» ein reines *getrocknetes Bier-Hefen-Präparat* in den Handel gebracht; ein Esslöffel davon wird mit etwas Zuckerwasser zu einer syrupartigen Flüssigkeit verrieben (ca. 20 cm³) und in die Vagina verbracht.

3. *Bier-Hefe Tabletten.* Comprimés de Levure Fink.

Nachdem Prof. Simpson in der Geburtshilflichen Gesellschaft in Edinburg über je einen Fall von Appendicitis und von septischem Puerperalfieber berichtet, Fälle, in denen ein trockenes Extrakt von Bierhefe, 3 mal täglich 1 Theelöffel voll, mit günstigem Erfolge verabreicht worden war, ist es angezeigt auf die von der « Grande Pharmacie Fink » in Genf hergestellten «*Comprimés de Levure*» aufmerksam zu machen. 2 Tabletten in etwas kohlensäurehaltigem Wasser oder in Bier aufgelöst, 2—3 mal täglich.

4) *Salipyrin* hat sich mir seit meiner Publikation im Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte Nr. 2, 1900 stets vorzüglich bewährt und halte ich an den in der Gyn. Helv. I., pag. 13 aufgeführten Indikationen fest.

5. *Ichthyol* findet in meiner Praxis täglich Anwendung :

1. in 5-10 % Glycerinlösung zu Tampon.

2. in 5-10 % Vaseline-Lanolinpomade bei entzündlichen Affektionen des Peritoneum und der inneren Genitalien, sowie bei Phlebitis.

3. in 1-5 % Vaseline-Lanolinpomade bei chronischer, gonorrhoischer Uretritis.

6. *Kephir* hat mir in zwei Fällen von Erbrechen

a) infolge Schwangerschaft,

b) infolge peritonealer Reizung bei Beckenperitonitis

gute Dienste geleistet und sind die *Heubergerschen Kephir-Tabletten* zu empfehlen.

7. ***Malzextrakt* : *Rein*** und mit ***Cascara Sagrada*** sind in der geburtshülflichen und gynækologischen Praxis mit Vorteil anzuwenden. Eine Arbeit über dieses Thema, basiert auf Erfahrungen mit dem Dr. WANDER'schen ***Malzextrakt,*** soll später veröffentlicht werden.

8. Dr. SEDLITZKY's ***patent. Badetabletten.*** Die Behandlung der chronischen Beckenaffektionen mit Ichthyol etc. wird vorteilhaft durch hydrotherapeutische Proceduren unterstützt (Vollbäder, Sitzbäder), dazu eignen sich ganz besonders die patent. Badetabletten, da sie uns erstens eine genaue Dosierung garantieren und uns erlauben, die verschiedensten Ingredienzien bequem dem Bade einzuverleiben.

C. Instrumentelle Notizen.

Seit einiger Zeit erfreut sich die «*Heissluft-Behandlung der weibl. Beckenaffektionen*» erhöhtem Interesse. Apparate, meist ziemlich kostbillige, wurden bereits angegeben und empfohlen.

Ich habe mir so zu helfen gesucht, dass ich einen « Bogen, » wie man



Fig. 27.

solche bei Behandlung von Unterschenkelfrakturen etc. benutzt, gut mit dickem Filz überziehen liess und als Heizapparat den VULPIUS'schen Apparat installierte, wie dies obige Abbildung zeigt. (Fig. 27.)

Nach dem Vorschlag von v. Herff habe ich an der Decke des Bogens eine kleine Schale, zur Aufnahme von Chlorcalcium, anbringen lassen, das die Feuchtigkeit der Luft absorbiert.

Bis jetzt habe ich diesen einfachen Heissluftapparat (er ist in Wirklichkeit viel besser durch Filz abgeschlossen, als dies die Abbildung zeigt) mit Erfolg bei 5 Fällen angewendet :

1. Parametritis sinistra (Journal V, pag. 70.)
2. Phlegmasia alba dolens und Phlebitis (Journal IV, pag. 359.)
3. Extrauteringravidität (Journal V, pag. 82.)
4. Parametritis posterior, nach provociertem Abort (Journal V, pag. 109) und
5. Parametritis posterior gonorrhoischen Ursprunges (Journal V, pag. 127).

Der *Vulpius*'sche Apparat wurde in der Weise modificiert, dass in seinem Inneren ein Blechrohr angebracht wurde, das die centrale und periphere Oeffnung des Holzkastens verbindet, um so die Wärme, ohne allzugrossen Verlust, dem filzbedeckten Bogen zuzuführen.

Der Heiss-Luftapparat wurde hergestellt vom Croix-Rouge der Grande Pharmacie Fink in Genf.

VI

Mitteilungen aus dem Gebiet der Veterinär-, Geburtshülfe und Gynæcologie.

A. Originalarbeiten.

Prof. EHRHARDT, Zürich:

Atavismus beim Schwein.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLIII. Band 1901. 3. Heft, pag. 112).

Die Jungen des Wildschweins werden mit einer sogenannten Livrée geboren, d. h. sie tragen ein mit schwärzlichen, braungelben und weissen Längsstreifen versehenes Haarkleid, das sich erst mit dem 4. oder 5. Monat verlieren soll.



Fig. 28.
Junge Wildschweine, wovon zwei je dreiwöchig, das grössere fünf Wochen alt.

EHRHARDT beobachtete nun einen Fall, wo ein Hausschwein neun Ferkel gebar, wovon 7 ganz weiss, während 2 dunkel gefärbt waren,

mit der dem Frischling (Junge des Wildschweins) eigenen. wunderbar schönen Längsstreifung (siehe Fig. 28).

Beide Muttertiere sind rein weiss; es handelt sich also bei den beiden Ferkeln um eine Erscheinung des Rückschlags in stammgeschichtlicher



Fig. 29. — Atavismus bei Ferkeln. Kreuzung ♂ Yorkshire-Marchrasse ♀.

Art. Nach 2-3 Monaten fing die Streifung zu verblassen an. Weitere Nachforschungen stellten heraus, dass die Ursache zu dieser Farbenübertragung im Eber lag.

Der vorliegende Fall ist speziell desshalb interessant, weil er zeigt, dass selbst in vorgeschrittenen Zuchten noch Rückschläge möglich sind.

Bezirks-Tierarzt M. Strebel, Freiburg:

Unwegsamkeit des Zitzenkanales und deren Behandlung.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLIII. Band 1901, 1. Heft pag. 12.)

Bei der Kuh bilden die abnormen Zustände des Strichkanals ein häufiges und recht verdriessliches Uebel, zudem sind die in Betracht kommenden Operationen in der erheblich grossen Mehrzahl der Fälle nicht harmlos.

Der Zitzenkanal ist mit einer zarten, sehr empfindlichen, der Infektion günstigen Schleimhaut ausgekleidet; die daselbst entstandenen Neubildungen können nur in der Minderzahl der Beobachtungen ohne mehr oder weniger starke Verletzungen der Mucosa entfernt werden.

Die den Strichkanal ganz oder zum Teil obliterirenden Zustände sind teils congenital, teils erworben. Die congenitale Obliteration ist entweder eine beschränkte, bloss die Milchgangmündung einnehmende oder eine totale, den ganzen Kanal interessierende. (Primipare Tiere.)

Die congenitale Atresie der Mündung des Strichkanales ist fast immer durch eine dünne Membran gebildet und findet sich fast immer nur auf einer Zitze. Die Atresie wird, nachdem die Milch hinter derselben sich staut, mit einem feinen Troikar oder mit einer schmalen Lanzette durchstochen.

Die Milchgangmündung kann infolge Verletzung des Endteiles der Zitze (consecutive traumatische Entzündung) oder infolge von, um die Strichmündung sitzender papillöser Auswüchse mehr oder weniger stark stenosiert werden. (Dilatation mit Metallsonde; Einbringen von Bougies und Melkröhrchen.)

Besteht die Obliteration im Endteile des Milchganges, so kann derselbe leicht eröffnet und offen gehalten werden. Die Amputation eines grösseren Zitzen-Anteils ist nur in jenen ganz seltenen Fällen angezeigt, bei denen infolge einer Operation an den oberen Stellen des Milchganges sich eine Eiterung in dem wieder obliterierten Strichkanale eingestellt.

Die congenitale Atresie kann, wie schon bemerkt, den ganzen oder doch fast den ganzen Strichkanal einnehmen; eine Behandlung ist nutzlos; temporär kommt eine mehr oder minder starke Stenose auch durch entzündliche Processe zu Stande. (Application von Glycerin mit Tinct. jod.) Bei Hypertrophie der Schleimhaut soll von jedem operativen Eingriff Umgang genommen werden.

Des weiteren kommt die Stenose und Obliteration des Strichkanales durch fibröse Neubildungen und papillöse Wucherungen der Schleimhaut zu Stande.

Therapeutisch wird folgendermassen vorzugehen anempfohlen: « Nachdem durch Hinabpressen einer thunlichst grossen Menge Milch der wegsame Milchgangteil stark erweitert worden ist, wird mit dem gut konstruierten Zitzenräumer die Geschwulstmasse in der Mitte durchstochen. Diese Operation wird nach Erfordernis ein- bis zweimal wiederholt, bis das Instrument ohne Widerstand durch den hergestellten Kanal hinaufgeschoben und zurückgezogen werden kann. — Die sehr selten im Milchgange vorkommenden Condylome werden mit dem Zitzenräumer herausgeschnitten. » In der sehr grossen Mehrzahl der Fälle wird der stark behinderte oder vollständig verhinderte Milchabfluss

nach dem Kalben constatiert. Besteht die Ursache davon in einer stark ausgesprochenen und ausgedehnten Stenose des Strichkanales, sind die, den Milchgang vollständig oder fast vollständig unwegsam machenden Neubildungen relativ voluminös und sitzen sie zudem über dem unteren Zitzenviertel oder -Drittel, so verzichtet STREBEL auf operatives Einschreiten. « Der Tierarzt muss allen üblen Nachreden aus dem Wege zu gehen trachten (! ?) »

B. Mitteilungen aus der Praxis.

Tierarzt L. STREBEL, Praroman:

Ein Fall von Pyæmie beim Rind.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLIII. Band 1901, 2. Heft, pag. 55.)

Dreijähriges, trächtiges Rind, das vor 8 Tagen plötzlich an der rechten vorderen Gliedmasse zu hinken begann; Schulter geschwollen, sehr schmerzhaft. Schüttelfröste, Schleimhäute ikterisch gefärbt. Aus der Vulva fliesst eine trübe, stinkende Flüssigkeit, durchsetzt mit bröckligen, grauen, soliden Klümpchen. Vulva œdematös geschwellt. Peristaltik völlig aufgehoben. Mastdarmtemperatur 41° *. Puls klein, 95 Pulsationen in der Minute. Respiration beschleunigt.

Das Tier wurde geschlachtet; die Sektion ergab folgendes:

« Der Uterus enthält einen stark verwesten, mit Jauche belegten Fœtus und eine sehr fötide, chocoladfarbige Jauche. Die Uterusschleimhaut ist schmutzig-rot, ödematös und eitrig infiltriert. Beim Eröffnen des Buggelenkes (Articulatio scapulo-humeralis) fliess eine grosse Menge einer übelriechenden, eitrigen Flüssigkeit aus etc. In den Lungen, in der Leber und der Milz sind zahlreiche Abscesse; in den Nierenkelchen eine etwas übelriechende, fadenziehende Flüssigkeit.

* *Anmerkung des Referent:* Die normale Mastdarmtemperatur des Rindes ist 38,6-39,2; die normale Pulszahl des ausgewachsenen Rindes ist 60 pro Minute.

Tierarzt H. Lempen, Bern:

Auffällig verzögerte Geburt bei einem Rinde.

Aus der ambulatorischen Klinik der vet.-medizinischen Fakultät in Bern.
(Schweizer Archiv für Tierheilkunde. XLIII. Band 1901. 6. Heft, pag. 283.)

3 Jahre altes Rind, das am 2. Februar 1899 zum erstenmale kalben sollte, magerte seit einer Woche um gut 25 Kg. ab.

Status præsens: Am 8. Februar 1899: Allgemeinbefinden nicht getrübt. Rektaltemperatur 39,1. Pulse 78-85. 50 Atemzüge. Euter gross, elastisch, enthält keine Milch. Labia vulvæ gross, œdematös, weisen indessen noch deutliche Runzelung auf. Die breiten Beckenbänder sind nur wenig gesenkt. Vagina geräumig und überall schlaff. Im vorderen Ende der Scheide stösst man auf eine bleistiftdicke Vertikalfalte, das Residuum der Scheidewand der beiden Müller'schen Gänge. Vag. Port. bildet einen ungefähr 4 cm. in die Scheide hineinragenden Zapfen. Es besteht vollständiger Verschluss des Orificium externum, währenddem das Orificium internum verflacht (Rectaluntersuchung) d. h. offen ist.

Diagnose: Stark verzögerte Eröffnungsperiode.

Geburtsverlauf: Am 9. Februar 1899 erscheinen die Vorboten der Geburt. Vom 9. auf den 10. Februar von 11 Uhr Abends bis 1 Uhr Morgens starke Wehen. Am 10. stärkeres Einsinken der breiten Beckenbänder, stärkere Schwellung des Euters und der Schamlippen. Die obere Scheidenwand stärker gespannt. Fruchtblase deutlich zu fühlen, d. h.: die Eröffnungswehen haben seit zwei Tagen ganz erheblich zugenommen. Die Vag. Port. springt als ganz kurzer Zapfen in die Scheide vor.

Am 10. Februar, 6 Uhr Abends, findet man die Geburt noch weiter vorgeschritten; obere Scheidenwand noch stärker gespannt. Vagina und Uterushöhle sind nur noch durch eine ganz kurze Brücke, die das Orificium externum darstellt, von einander getrennt und beim Versuche, den äusseren Muttermund zu passieren, kann dies zuerst mit einem, dann mit zwei, drei und nach einiger Zeit, unter langsam bohrenden Bewegungen, sogar mit vier Fingern geschehen. 10 Uhr Abends spontane Geburt. Ungewöhnlich grosses Kalb. Nachgeburt geht regelrecht ab.

Der Fall lehrt, dass *die Eröffnungsperiode intermittirend sein und volle acht Tage dauern kann.*

Die *Differenzialdiagnose* hat sich mit Verwachsung und Krampf des Cervix uteri zu befassen.

Auf der *Berner ambulatorischen Klinik* konnte zwar nach Mitteilungen des Chefs, Herrn Prof. Dr. Hess, noch niemals *bei trächtigen Rindern* eine Verwachsung oder ein Krampf des Gebärmutterhalses konstatiert werden.

C. Dissertationen.

Dr. Med. Vet. A. Görig, Karlsruhe:

Ueber das Vorkommen von Bildungs- und Lagerungsanomalien an den Nieren (und der Leber) der Schlachttiere.

Dissertation der veterinär-medizinischen Fakultät in Bern.
(Macklot'sche Druckerei, Karlsruhe.)

Die Arbeit zerfällt in zwei Abschnitte, wovon der eine sich mit den Anomalien der Leber, der andere mit denjenigen der Nieren beschäftigt; hier wollen wir nur letztere berücksichtigen.

Die Beobachtungen und Erfahrungen hat Görig in mehrjähriger Thätigkeit als Sanitätstierarzt an einem grossen Schlachthof Süddeutschlands zu machen Gelegenheit gehabt.

Aus statistischen Mitteilungen ist zu folgern, dass die Organe des Schweines Bildungs- und Lagerungsanomalien verhältnismässig am meisten unterworfen sind, hingegen das Vorkommen von Abnormitäten an den gleichnamigen Organen der Wiederkäuer und Pferde zu den Seltenheiten gehören.

Nach einer sehr eingehenden *litterarischen Uebersicht* werden *zwei der interessantesten Fälle* besprochen:

1) Bei einem ca. sieben Monate alten kastrierten männlichen Schwein waren beide Nieren soweit nach rückwärts verlagert, dass die linke zu zwei Drittel, die rechte zur Hälfte ihres ganzen Volumens in die Beckenhöhle zu liegen kam; die Harnleiter hatten einen nur kurzen Verlauf bis zur Blase und besassen eine Lichtweite vom Durchmesser eines kleinen Fingers. Anomalie der Nierengefässe.

2) Bei einem ca. acht Monate alten Schweine fand sich die sonst normal beschaffene, jedoch ziemlich abgeplattete rechte Niere vollständig in der Beckenhöhle gelagert, die linke Niere war in der richtigen Lage.

Zu dem *Kapitel der Nierenverlagerung* gehören noch die Beobachtungen der sog. Wanderniere, welche in vereinzelten Fällen beim Rind, Schwein und Hund gesehen wurden. (Untersuchungen über die Lage der Nieren bei Rindsfœten, die mit den von Prof. Dr. Rubeli in Bern angestellten im Wesentlichen übereinstimmen.) An die Lageveränderungen schliessen sich diejenigen *Abnormitäten an, welche infolge einer kongenitalen Einschnürung oder Spaltung zu einer scheinbaren oder durch*

eine bilaterale Doppelsprossung zu einer wirklichen Verdoppelung des Organs geführt haben. Görig hat zwei hieher gehörige Fälle beobachtet.

1) Ein ca. acht Monate altes Schwein zeigte nach der Schlachtung vier Nieren, zwei rechts und zwei links, hintereinander gelagert und von dem Gesammtumfang von zwei normalen Nieren. Die beiden gleichseitigen besassen je ein Nierenbecken und einen Hilus, dagegen einen gemeinschaftlichen sackartig erweiterten Harnleiter. Die beiden hinteren Nieren waren kleiner, wie die vorderen und lagen nahe dem Beckeneingang.

2) Bei einem ca. fünf Monate alten Schwein konstatierte Görig eine sog. Verdoppelung der linken Niere dergestalt, dass die beiden hintereinander gelagerten Nieren durch ein gemeinsames lang ausgezogenes, aber beinahe zweigeteiltes Nierenbecken und einen am Anfangsteile erweiterten Harnleiter ihre Einheit dokumentierten.

Der Vollständigkeit halber wird noch die *Hufeisenniere* erwähnt, die beim Menschen verhältnismässig häufig, in vereinzelten Fällen auch beim Pferd und Schwein gefunden wurde.

Auf ein Kapitel: «*Entwicklungsgeschichtliches*» folgen «*Eigene Untersuchungen betreffs Nierenlappung,*» nach welchen man annehmen muss, dass die Nieren des Schweines und Schafes kein der Niere des Rindes homologes makroskopisch erkennbares embryonales Lappungsstadium durchzumachen haben.

Die Resultate der von Görig gemachten Beobachtungen werden, soweit die Nieren dabei in Betracht kommen, in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

1) *Die verhältnismässig am häufigsten beobachtete Anomalie ist ein gänzliches oder teilweises Fehlen, vornehmlich der linken Niere.*

2) *Dieser Anomalie reiht sich an, eine Verlagerung, einer, seltener beider Nieren nach der Beckenhöhle. — Die Rechtslagerung der linken Niere bei den Wiederkäuern ist nur ein vorübergehender Zustand, kein dauernder.*

3) *Das Vorkommen der sog. Hufeisenniere und der scheinbaren Verdoppelung, infolge einer totalen Spaltung oder einer bilateralen Doppelsprossung der Nierenanlage, als Ren fissus oder einer kongenitalen Einschnürung des Nierenblastems, sind sehr seltene Erscheinungen.*

4) *Der für die Nieren des Rindes, Pferdes, Menschen bekannte fœtale appige Bau, wird beim Schwein und Schaf nicht beobachtet.*

5) *Die seitens der Anatomen geschilderte Lagerung der Nieren des Schweines ist nicht stereotyp. Abweichungen sind sehr häufige Funde in grösseren Schlachthöfen.*



Tabellarische Uebersicht.

Schlachtungen.	Nieren-Anomalien.									
	Aplasie.		Hypopl.		Dystop. n. d. Beckenhöhle.		Scheinbare Verdoppelung.		Renfissus.	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Schweine. 173,923	72	0,0413	72	0,0413	7-8	0,0040 0,0046	1	0,00058	1	0,00058
Grossvieh. 64,164.	1	0,0015								
Kälber. 109,001.	1	0,0009								

Das Litteraturverzeichnis der höchst interessanten und fleissigen Arbeit enthält 62 Publikationen.

Dr. Georg Gröning, Hamburg:

Vergleichende Untersuchungen über die Streptokokken des Kuheuters, des Rinderdarmes und des Stallbodens.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern. (Buchdruckerei Stämpfli & Cie, Bern, 1901.)

Auf Grund der Symptome und des Verlaufes teilt man die Euterentzündungen der Kuh in 1. *die akute parenchymatöse;* 2. *die sporadische,* chronisch eitrige, katarrhalische (Galt); 3. *die enzootische,* akute, eitrig-katarrhalische (gelber Galt) und 4. *die tuberkulöse Form.* Für die grosse Mehrzahl der Fälle stimmt diese symptomatische Einteilung mit der ätiologischen überein, indem die erste Form sehr häufig durch Stäbchen oder Staphylokokken, die zweite und dritte durch Streptokokken, die vierte endlich ausschliesslich durch die Tuberkelbacillen bedingt ist.

Die von Gröning unternommenen, sehr fleissigen Untersuchungen galten der Erforschung der Streptokokken, sowohl der sporadischen, als der enzootischen Form. (Sporadischer und gelber Galt.) Folgt der geschichtliche Ueberblick der uns interessierenden Frage. Die Unter-

suchungen erstreckten sich auf 35 Milchproben; zu vergleichenden Zwecken wurden aus dem Darm verschiedener Rinder 14 Proben entnommen. Um auch einige saprophytisch-lebende Arten studieren und vergleichen zu können, wurden aus den Jaucherinnen mehrerer Rinderställe Proben entnommen.

Die sehr eingehend gemachten bakteriologischen Untersuchungen lauten zusammengefasst folgendermassen:

I. *Die Galtstreptokokken, die Streptokokken des Rinderdarmes und die aus dem Stallboden kultivierten Arten lassen sich nach ihrem morphologischen Wachstumsverhältnis einteilen in:*

a) Streptococcus longus
b) Streptococcus brevis.

Streptococcus longus vermehrt sich

1. *nur durch Teilung auf einer Achse und bildet*

2. *stets längere Ketten, die aus mehr als 8 Gliedern bestehen und je nach der Kultur bis zu circa 1000 Gliedern anwachsen können.*

3. *10-15 %ige Gelatine wird bei Zimmertemperatur bis zu 22° nicht verflüssigt.*

Streptococcus brevis kann sich

1. *nach verschiedenen Wachstumsrichtungen teilen und bildet*

2. *stets kurze Ketten, die aus 2—6, seltener aus 8 Gliedern bestehen.*

Von 15 Stämmen aus dem Kuheuter gehören 8 der langen, 7 der kurzen Form an.

Von 8 Stämmen aus dem Rinderdarme gehören 2 der langen, 6 der kurzen Form an.

Von 7 Stämmen des Stallbodens gehören 3 der langen, 4 der kurzen Form an.

II. *Kulturell giebt es kein durchgreifendes Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden obigen Arten der Streptokokken.*

Die Streptokokken sowohl des gelben, als des sporadischen Galtes bilden nicht 2 abgegrenzte Arten, sondern sie sind in den einzelnen Fällen nicht nur morphologisch, sondern auch kulturell und physiologisch öfters verschieden.

IV. Ein Drittel der Reinkulturen aus den Eutersekreten töteten Mäuse nach subkutaner Uebertragung von 1 ccm. inficierten Rinderserums.

V. Von 15 Reinkulturen aus dem Rinderdarme und dem Stallboden wirkte nur Stamm XXII nach subkutaner Injektion pathogen.

VI. Die Wirkung der Streptokokken in dem Drüsengewebe des Kuheuters ist eine doppelte. Einmal erfährt der Milchzucker eine Umwandlung in Milchsäure. Dann weisen die Versuche an Mäusen auf die gelegentliche Bildung eines Toxines hin.

VII. Von 15 Kulturstämmen aus den Eutersekreten waren 11 säurebildend, während kein einziger Darm- oder Stallbodenparasit diese Eigenschaft besass.

VIII. Für die Infektion des Kuheuters sind zwei Eingangspforten gegeben. Die Streptokokken können vom Darme durch den Blutstrom in das Euter gelangen, oder sie dringen durch die Zitzenöffnung ein. Mein Untersuchungen haben kein Moment zu Tage gefördert, welches den einen Infektionsmodus dem anderen voranzustellen erlaubte.

IX. Bei der ausserordentlich grossen Verbreitung der Streptokokken im Kuhstalle müsste man eigentlich ein viel häufigeres Vorkommen von Eutererkrankungen durch den betreffenden Mikroorganismus erwarten, als es in Wirklichkeit der Fall ist. Meine Untersuchungen haben den Schlüssel zu dieser Beschränkung gegeben, indem sie zeigten, dass die von mir kultivierten Streptokokken des Darmes und des Stallbodens gewöhnlich keine Zuckerfermente producieren und selten pathogen sind.

** Bekanntlich kommt die Streptokokkenkrankheit der Euter sporadisch oder enzootisch vor. Es ist mir nicht vergönnt gewesen, die Eigentümlichkeit festzustellen, was in Seuchenfällen dem Vordringen der Mikroben so grossen Vorschub leistet. Ueberhaupt habe ich ebensowenig, wie frühere Forscher, ein Merkmal ausfindig machen können, durch welches beide Krankheitsarten sich von einander unterscheiden.*

Folgt eine tabellarische Zusammenstellung der Kulturversuche.

In der Bibliographie werden 43 Arbeiten angeführt.

* ***Anmerkung des Referenten:*** **Siehe die Anmerkung, die der *Dissertation von Dr. Streit, « Vergleichende Untersuchungen über Colibakterien und die gewöhnlichen Bakterien der Euterentzündung der Kühe,* folgt, pag. 213 und 214.**

Dr. Med. Vet. J. Guillerey, Pruntrut :

Der epizootische Abortus des Pferdes.

De l'avortement épizootique des juments.

Dissertation der veterinär-medizinischen Fakultät der Universität Bern.

Seit einigen Jahren begegnet man im Berner-Jura einer Fehlgeburt mit infektiösem Charakter. In den drei Dörfern *Montignez, Cœuve* und *Réclère* z. B. wurden von 97 schwangeren Pferden nur 10 von der Ansteckung verschont.

Nach einem sehr eingehenden historischen Ueberblick, bis auf die neueste Zeit (Bruin), stellt Verf. die von ihm beobachteten Epizootieen (Epidemieen) in Tabellen zusammen :

Abortus-Epizootie	von	Chevenez	im	Jahre	1897	(15	Fälle)
»	»	» Montignez	»	»	1898-1899	(25	»)
»	»	» Cœuve	»	»	1899	(36	»)
»	»	» Courgenay	»	»	1899-1900	(7	»)
»	»	» Courtemautruy	»	»	1899-1900	(5	»)

Allgemeine Symptome : Der epizootische Abortus beim Pferd tritt selten vor dem vierten Monat auf :

17	Pferde	haben	im	10.	Monat	abortiert
35	»	»	»	9.	»	»
9	»	»	»	8.	»	»
15	»	»	»	7.	»	»
13	»	»	»	6.	»	»
6	»	»	»	5.	»	»
1	»	hat	»	4.	»	»

A. *Die gutartige Form.* Von 88 beobachteten Fällen von Abortus gehörten 56 Fälle zur gutartigen Form : der Appetit ist erhalten ; leichte Anschwellung der Vulva und der Vaginalmucosa. Brustdrüsen etwas vergrössert. Bis zum 7. Monat vollzieht sich die Austreibung des Fœtus ohne Schwierigkeiten ; dieser letztere ist sehr häufig von den Eihäuten umgeben. 2-3 Wochen Incubationszeit.

B. *Die bösartige Form.* Vom 7. Schwangerschaftsmonat an wird der Abortus gefährlicher und reicher an Komplikationen. Uterus empfind-

licher. Die Placentaradhærenzen werden immer solider. Die abnormalen Lagen des Fœtus sind häufiger. 3-5 Tage Incubationszeit. Die Zeit, die zwischen dem Absterben des Fœtus und seiner Austreibung verfliesst, variert zwischen 2 und 6 Stunden.

Komplikationen des epizootischen Abortus: In 80 % Retentio placentæ; puerperale Metritis; die ersten Zeichen derselben stellen sich gewöhnlich 12-24 Stunden post abortum ein; der Verlauf ist ein rascher; 6-8 Tage. Weitere Komplikationen des Puerperalfiebers selbst sind die infektiöse Arthritis (zwei eigene Beobachtungen), die infektiöse Tendinitis und Synovitis (ebenfalls zwei persönliche Beobachtungen). Dann wären noch zu nennen die «Fourbure» (Entzündung des reticulären Bindegewebes am Fuss) die Hæmoglobinurie, die Phlebitis und die Mastitis.

In einem sehr interessanten Kapitel wird die *Aetiologie des epizootischen Abortus* besprochen; der historische Teil beginnt im Jahre 1795 mit Flandrin und endet mit Bruin.

Um die kontagiöse Natur des epizootischen Abortus nachzuweisen, bringt der Verfasser eine Menge höchst instruktiver klinischer Thatsachen.

Die *Behandlung des epizootischen Abortus* beschliesst die tüchtige Arbeit.

Dr. Med. Vet. Alfred Moser, La Chaux-de-Fonds:

Ueber Eutertuberkulose.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern.
(Druckerei L. Schuhmacher, Berlin 1901.)

Im *ersten Kapitel* wird ein die Eutertuberkulose betreffender *geschichtlicher Ueberblick* gegeben; dann folgen

Im *zweiten Kapitel Sektionsbefunde.* Im Verlauf einiger Jahre kamen im veterinär-pathologischen Institute zu Bern 47 Fälle von Eutertuberkulose der Kuh zur Sektion. Die *Diagnose:* Mastitis tuberculosa, wurde 44 mal durch den mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbacillen und 3 mal durch erfolgreiche Verimpfung von krankem Gewebe auf Meerschweinchen festgestellt.

Die Gewichtsveränderungen resp. die Gewichtszunahmen der tuberkulösen Euter (in Tabellenform zusammengestellt) sind im Allgemeinen

sehr grosse, bisweilen sogar kolossale, immerhin kam im *Berner Institute* ein interessanter Fall zur Beobachtung, wo die Drüse leichter war, als normal.

Die Mitbeteiligung der supramammären Lymphdrüsen wird allgemein von den Autoren erwähnt; in 26 Fällen wurde eine Vergrösserung festgestellt; die Gewichtszunahmen der Lymphdrüsen (bis 1970 gr.) sind überraschend, wenn man bedenkt, dass das Gewicht der Lymphdrüsen beider Seiten nur etwa 40-65 gr. beträgt. Die Mastitis tuberculosa kann mit anderen Euterleiden compliciert sein; (6 mal mit der Streptokokken-Mastitis oder der eiterig katarrhalischen Mastitis (sporadischer Galt) und zweimal mit der Mastitis necrotica etc. Die Haut der kranken Euter ist gewöhnlich intakt, nur ist sie in Folge der Schwellung der Milch-

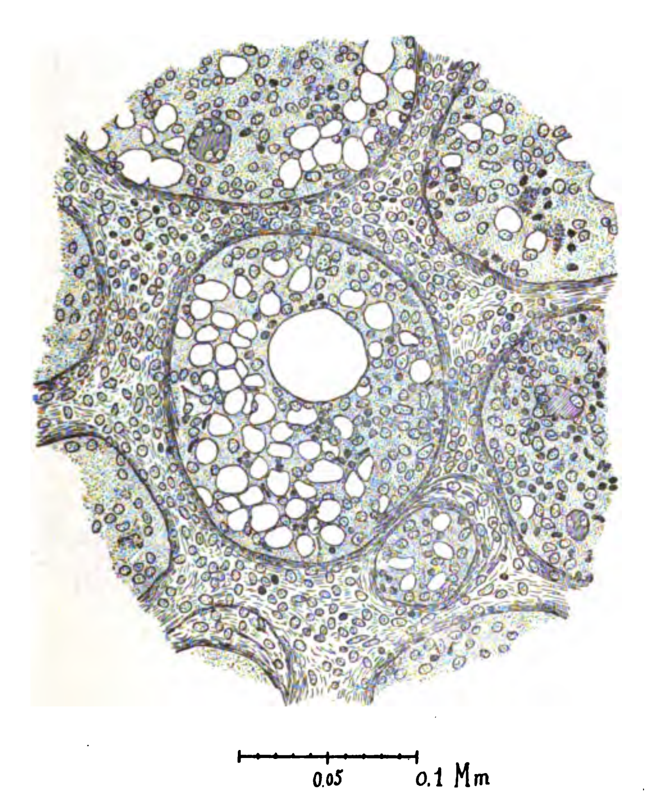


Fig. 30. Tuberkulöse Wucherung der Drüsenepithelien. In letzteren grosse Fetttropfen; zwischen den Epithelzellen die kleinen dunklen Kerne der Wanderzellen. Die Gerüstsubstanz breiter als normal und zellenreich.

drüse straff angespannt. In einem Falle war sie zugleich mit dem subcutanen Bindegewebe œdematös infiltriert. Nur ein einziges Mal wurden Abscesse und Fistelgänge beobachtet, ein Verhalten, wie es bei der Brustdrüse des Weibes angetroffen wird.

Drittes Kapitel. Histologische Veränderungen. Moser ist an Hand seiner Untersuchungen in der Lage, den Beweis zu erbringen, *dass die Eutertuberkulose ganz vorwiegend durch eine Wucherung des Drüsenepithels beginnt und also ganz ähnliche Veränderungen wie in der Lunge und Niere hervorruft* (siehe Fig. 30).

Ist nun das Lumen der Alveolen durch Fetttropfen führende Epithelwucherungen ausgefüllt, so treten die vom Rande her stammenden Leukocyten immer zahlreicher auf, dadurch wird die ursprüngliche, drüsige Struktur verwischt und es entstehen die eigentlichen *Rundzellentuberkeln.* Im Lumen der Alveolen bilden sich *Konkremente,* die verschiedene Grösse erreichen, aber meist von abgerundeter Form sind; hie und da zeigen sie eine concentrische Streifung. (Fig. 31).



Fig. 31. Caseinconcretionen, umgeben von zum Teil abgelösten Drüsenepithelien.

Nach den von Moser angestellten Untersuchungen handelt es sich hier nicht um Amyloidkörper, wie M'Fadyean annahm, sondern um *Casein-*

konkremente. Einen sehr interessanten Befund erhält man in Schnitten aus Eutern, die nicht die übliche Verhärtung des Gewebes zeigen, sondern von normaler, ja sogar weicher wie normaler, Konsistenz waren. Die Umwandlung des Drüsengewebes in eigentlich tuberkulöse Gewebe ist auf das Centrum der Drüsenläppchen beschränkt, während die Peripherie alveolär bleibt. Der lappige Bau ist sehr schön erhalten.

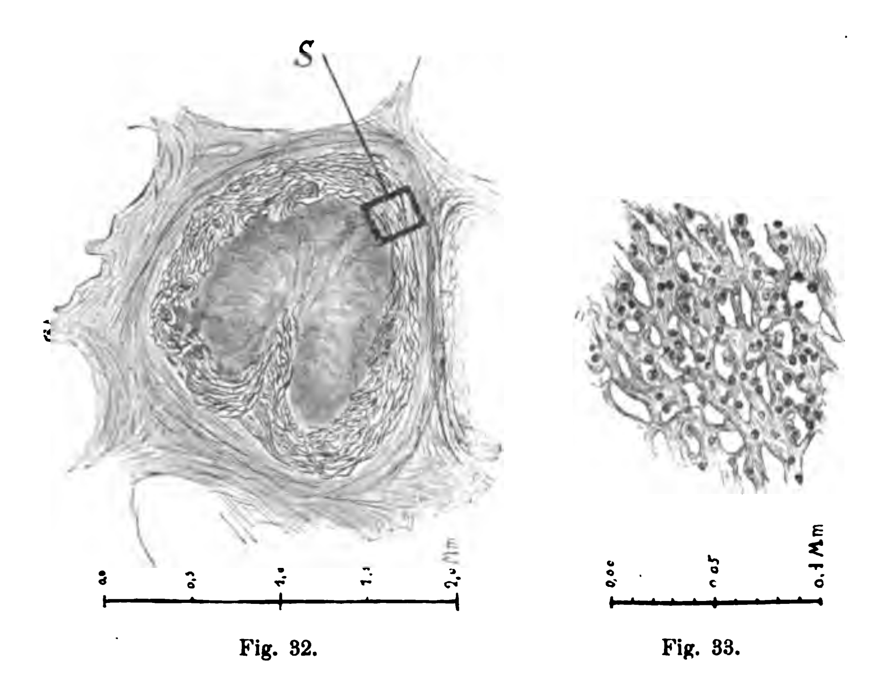


Fig. 32. Fig. 33.

Fig. 32. Centrale, tuberkulöse Verhärtung eines Drüsenläppchens, mit Erhaltung der Drüsenhohlräume in der Peripherie der Läppchen. *S.* in folgender Figur bei stärkerer Vergrösserung.

Fig. 33. Das Gebiet *S.* der Fig. 32 bei stärkerer Vergrösserung. Die Drüsenbläschen sind atrophisch, aber deutlich zu erkennen.

Die Abbildung 32 zeigt ein solches Drüsenläppchen. Das Centrum desselben besteht aus einer Masse kleiner, runder Granulationszellen. Mit schwacher Vergrösserung angesehen, erscheint der Rand des Lobulus als eine Art Netzwerk; ein Stück S. aus demselben zeigt (Fig. 33) bei starker Vergrösserung zusammengedrückte, in hohem Grade atrophierte Bläschen.

Die Befunde beweisen schlagend, dass die Tuberkel im alveolären nicht im interstitiellen Gewebe entstehen. Das interacinöse Bindeg ist bei der Grössenzunahme des tuberkulösen Euters in zwar unver barer, aber doch untergeordneter Weise beteiligt. (Fig. 34.)

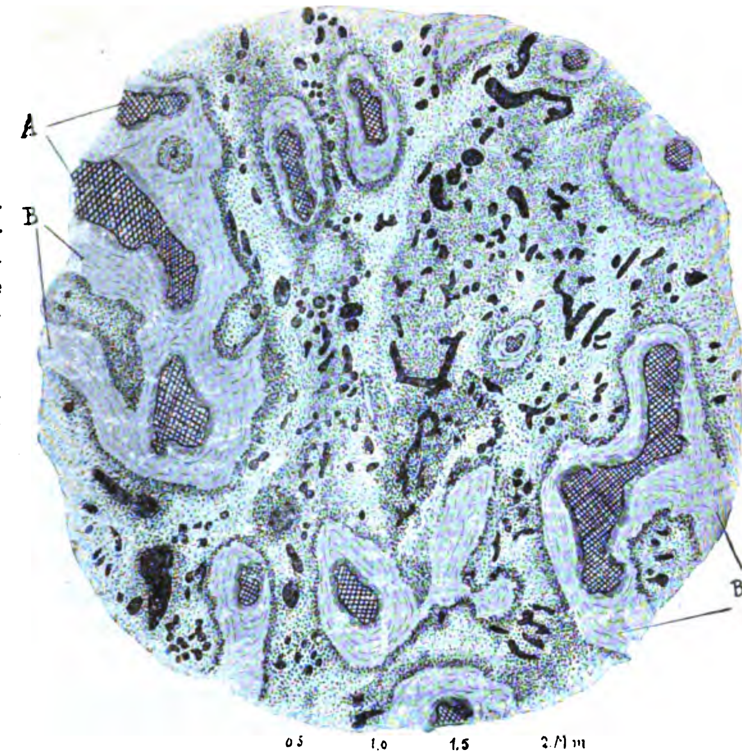


Fig. 34. Tuberkulöse Verhandlung der Drüsenläppchen. Im tuberkulösen G mehrere Reste von Milchgängen, die nicht obliterirt wurden. Das perilobuläre G kaum verbreitert.

Die makroskopisch bei der Eutertuberkulose so oft wahrgenomm *Hyperæmien* können als specifisch charakteristisches Merkmal der T kulose bezeichnet werden. In frühen Stadien sieht man inmitte zellenreichen Tuberkel kleine Blutgefässe, die teils scharfe Con bieten, teils varikös aufgetrieben erscheinen. (Fig. 35.)

Wenn die Tuberkel der Nekrose anheimfallen, bleiben die Gefä ihrer Mitte noch eine Zeit lang erhalten; sobald aber Verkäsung ei verschwinden die Capillaren vom Innern der Tuberkel. Dagegen man sie in der Randzone recht zahlreich und gross an. (Fig. 36.)

36. Tuberku-
es Euters der
A. centrale ver-
und verkalkte
nitte der Tu-
l. *B.* mittlere
ische Schicht;
selbe das peri-
lebende Tuber-
ebe mit zahl-
, unregelmäs-
erweiterten,
andige Blut-
gefässen.



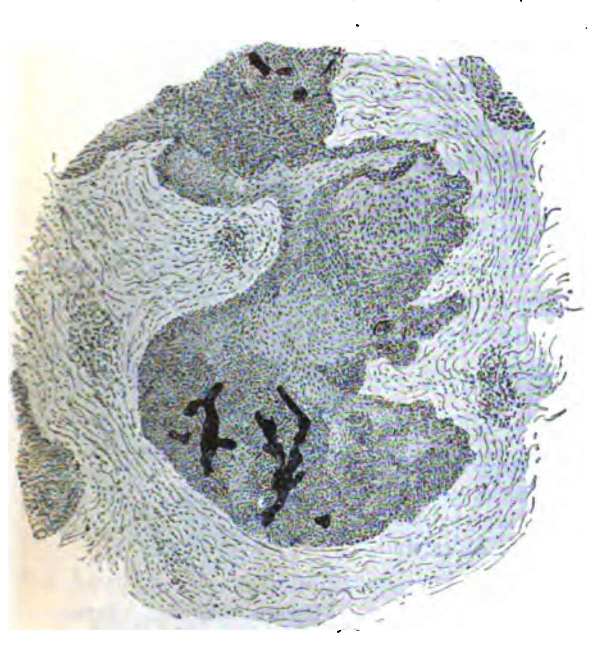


Fig. 35. Erweiterte Blutgefässe im centralen Teil eines tuberkulös entarteten Drüsenläppchens.

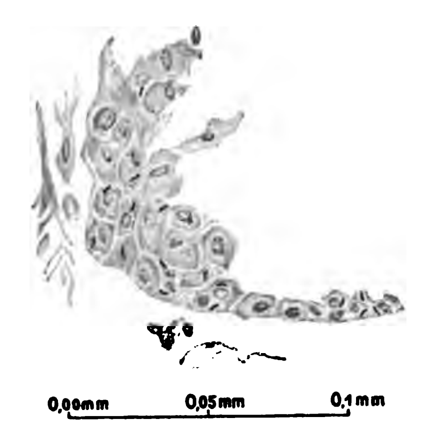


Fig. 37. Tuberkelbacillen in einer frischergriffenen Drüsenalveole des Eutersder Kuh.

Viertes Kapitel. Bakterienbefunde. Die Zahl der Bakterien im Gewebe des tuberkulösen Euters ist eine recht schwankende. In dem allerersten Stadium der Erkrankung sieht man nur wenig Bacillen zwischen den Drüsenepithelien. (Fig. 37.)

Bei grossem Reichtum fällt dagegen eine innige Beziehung zu den Leukocyten auf, indem die Bacillen, ausgestattet mit vorzüglicher Färbbarkeit, haufenweise in den ersteren liegen. (Fig. 38.)

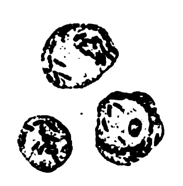


Fig. 38. Mit Tuberkelbacillen beladene Rundzellen aus dem Eutergewebe einer Kuh.

In seltenen Tuberkeln findet man gelegentlich etwa 10 μ breite, rundliche Bakterienhaufen, deren Anordnung direkt auf eine resorbierte Wanderzelle hinweist. (Fig. 39.)

Hat das Tuberkelgewebe sich aus den proliferierenden Alveolen in ein Gewebe aus Spindelzellen differenziert, so ist das Protoplasma der letzteren von wenig (Fig. 40) oder viel Bakterien durchsetzt.



Fig. 39. Tuberkulöses Euterläppchen der Kuh. Im Gewebe zahlreiche Tuberkelbacillen, an denen manche durch Leucocyten zu runden Häufchen vereinigt sind. Unten ein Caseingerinsel.



Fig. 40. Tuberkulöses Gewebe aus dem Euter der Kuh mit wenig Tuberkelbacillen. Vergrösserung wie bei Fig. 37.

Schlussfolgerungen.

Die Untersuchungen ergeben kurz zusammengefasst, dass bei der Eutertuberkulose der Kuh die Neubildung ausnahmslos mit einer Vermehrung der secernierenden Epithelien beginnt, die nachträglich durch die Abkömmlinge von Wanderzellen verdrängt werden. Während die Hauptmasse der tuberkulösen Neubildung aus verhärteten Drüsenläppchen besteht, bleibt die Beteiligung des interacinösen Bindegewebes eine mehr untergeordnete. Das neugebildete Gewebe geht der Reihenfolge nach in Nekrose, Verkäsung und Verkalkung über. In den früheren Stadien der tuberkulösen Neubildung ist eine ausgebreitete Teleangiektasie ein sehr häufiges Vorkommnis.

Dr. Med. Vet. H. Sreit, Zimmerwald (Bern):

Vergleichende Untersuchungen über Colibakterien und die gewöhnlichen Bakterien der Euterentzündung der Kühe.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern.
(Buchdruckerei Stämpfli & Cie, Bern, 1901.)

Die häufigste Form der Euterentzündungen der Kühe bildet die *Mastitis parenchymatosa.* Frank stellte im Jahre 1876 zum erstenmale

die Infektionstheorie dieser Affektion auf; die erste eingehende Arbeit aber stammt von KITT, aus dem Jahre 1885. In späteren Arbeiten (1893) legte derselbe Autor seinen Mastitisbakterien die Fähigkeit der Ausscheidung des Caseïns in Flocken bei. BANG beschrieb des weiteren im Jahre 1889 zwei Fälle von parenchymatöser Mastitis, verursacht durch Bacillen, die Gelatine nicht verflüssigten. Aus der sehr umfangreichen Arbeit von GUILLEBEAU * (1890) geht hervor, dass von 86 Bakterienbefunden bei Euterentzündungen zwanzigmal der Bacillus Guillebeau *a* (nach von FREUDENREICH) und je einmal der Bacillus Guillebeau *b* respektive *c* vorkamen. Von 22 untersuchten parenchymatösen Mastitiden waren 10 mal der Bacillus G. *a* und je einmal der B. G. *b* resp. *c* die Ursache. Diese Bacillen sind somit die häufigste Ursache der Mastitis parenchymatosa. Sie wurden 1889 von v. FREUDENREICH genauer untersucht und mit Namen belegt. Bei den von LUCET gezüchteten und beschriebenen 12 Mastitisstäbchen finden sich ziemlich grosse Unterschiede. JENSEN ** möchte in seinem Sammelreferate über die Mastitiden der Haustiere (1896), sowohl die KITT'schen, als auch die von BANG und LUCET beschriebenen Stäbchen mit sammt den Bacillen GUILLEBEAU identifiziert wissen und vereinigt sie alle auf Grund deren beschriebenen morphologischen, biologischen und kulturellen Eigenschaften mit der Gruppe des *Bacillus coli commune.*

Da genauere Untersuchungen über das Wesen des häufigsten Mastitisstäbchens und besonders in Bezug auf dessen eventuelle Zugehörigkeit zur Coligruppe nicht vorliegen, so hat sich STREIT auf Anregung seines Chefs am veterinär-pathologischen Institut, Herrn Prof. Dr. GUILLEBEAU, dieser Frage zugewendet.

Die Arbeit, die sowohl dem veterinär-pathologischen Institute, als dem Autor selbst, alle Ehre macht, basiert auf einer Paralleluntersuchung von 12 verschiedenen Colistämmen mit 9 Stämmen von Mastitisstäbchen.

Am Ende der sehr eingehenden Untersuchungen kommt STREIT zu folgenden *Schlusssätzen:*

1. *Die häufigsten Bacillen der Euterentzündungen der Kühe gehören in die grosse Gruppe der Colibakterien. Sie finden sich in den verschieden-*

* Guillebeau: Studien über Milchfehler und Euterentzündungen bei Rindern und Ziegen. Landwirtschaftl. Jahresbuch der Schweiz. Bd. IV, Bern 1890.

** Jensen: Bacterium coli commune, etc. Citiert nach Baumgartners Jahresberichten. Jahrgang I.

sten Varietäten vor, die dieser Gruppe eigen sind. Die grösste Zahl besteht aber aus typischen Colistämmen; andere stellen Zwischenformen von diesen zu der Gruppe des Bac. aërogenes dar.

2. *Die Charaktere der einzelnen Stämme erfahren bedeutende Modifikationen durch jahrelang fortgesetzte Kultur. So muss der früher aërogenesähnlich gewachsene Bac. Guillebeau* a *heute als reiner Colistamm aufgefasst werden.*

3. *In Bezug auf die Aetiologie der Euterentzündungen stellten Guillebeau und Hess schon 1894, zu einer Zeit, wo die Mastitisstäbchen als besondere Bakterienarten betrachtet wurden, experimentell fest, dass es für die Erreger der Mastitis verschiedene Eingangspforten gebe (Darmtraktus, Scheide, Subcutis, Gelenke). Wie meine eigenen Untersuchungen zeigen, kommen die Mastitisbakterien im Darme und in der Umgebung der Kühe äusserst zahlreich vor; es scheinen demnach die häufigsten Invasionen derselben ins Euter vom Darme aus vermittelst der Cirkulation oder von der Aussenwelt durch die Zitzenöffnung stattzufinden.*

4. *Die Wirkung der Bakterien beruht in der Spaltung des Milchzuckers unter Säurebildung und auf der Bildung von Toxinen. Die grossen, von mir experimentell festgestellten Unterschiede in letzterer Thätigkeit ist wohl die Hauptsache für die verschiedene Intensität der Mastitiden.*

5. *Die enorm rasche Vermehrung der in Frage stehenden Bakterien erlaubt den Mastitisanfall auf die Einwanderung eines einzigen Bakteriums zurückzuführen.*

Nach neuesten Unternehmungen von Prof. Dr. Jensen in Kopenhagen, soll der Bac. G. *a.* die grösste Aehnlichkeit mit dem typischen Bac. coli commune haben, der Bac. G. *c.* zur Untergruppe des Bac. aërogenes gehören und das Bac. phlegmasiæ uberis *(Kist)* eine Zwischenstellung zwischen beiden einnehmen.

Die bacteriologischen Untersuchungen sind zum Schluss noch übersichtlich auf 7 Tabellen zusammengestellt.

Das beigebrachte Litteraturverzeichnis weisst 34 Publikationen auf.

Anmerkung des Referenten: Da mir zwischen den Dissertationen von *Gröning* « Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken des Kuheuters etc. (dieser Jahrgang der Gyn. Helv.) und derjenigen von *Streit* ein gewisser Widerspruch zu bestehen schien, insofern, dass ein Mal beinahe ausschliesslich *Streptococcen,* das andere Mal vorzüglich *Colibakterien* gefunden wurde, so wandte mich um Auskunft an Herrn *Prof. Dr. Guillebeau, Vorstand des veterinär-pathologischen Instituts in Bern,* der mir in freundlichster Weise folgende Auskunft zukommen liess:

« In Beantwortung Ihres Briefes teile ich Ihnen mit, dass die Dissertationen von *Gröning* und *Streit* eine weitere Ausarbeitung einer von mir im *landwirtschaftl. Jahrbuch der Schweiz,* IV, 1890, bei K.-J. Wyss veröffentlichten Arbeit ist. Dort wurde auseinandergesetzt, dass man bei der Mastitis der Kühe und Ziegen verschiedene Mikroorganismen findet, von denen die hauptsächlichsten ein Staphylokokkus, ein Streptokokkus und ein Coli bacillus (früher *Bacillus Guillebeau-Freudenreich* genannt) sind. Die Streptokokken-Mastitis ist in der Regel eine chronische, die Coli-Mastitis eine akute, so dass klinisch beide gut zu unterscheiden sind. Auch pathologisch-anatomisch sind sie verschieden.

Namens-Register.

Sach-Register.

Gynæcologia Helvetica

Dritter Jahrgang

Gynæcologia Helvetica

Herausgegeben

von

DR O. BEUTTNER

Privat - Dozent a. d. Universität Genf.

Dritter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1902)

Mit 7 Tafeln und 65 Abbildungen im Text

nebst

Portrait von Prof. Rapin † Lausanne.

GENF

Henry Kündig, Verlag.

1903

VORWORT

Ein altes Sprüchwort sagt: « Aller guten Dinge sind drei ».

So erscheint denn die « **Gynæcologia Helvetica** » zum drittenmale mit dem Gefühle, das « Schlimmste » überstanden zu haben und mit Vertrauen in die Zukunft blickend.

Wenn wir all' die reiche Arbeit überschauen, die, von in der Schweiz lebenden Aerzten, während des Jahres 1902 zu Tage gefördert worden ist, so kann uns unmöglich die Furcht überkommen; denn jedes Jahr bringt neuen und reicheren Segen.

Sehr eingehende Besprechung hat die

Narkosenfrage

gefunden und haben sich an der Lösung, oder doch Vertiefung dieser, die hervorragendsten Vertreter der chirurgischen Richtung beteiligt; auch die

Typhlitisfrage

ist immer noch auf der Tagesordnung und beweist, mit welcher Zähigkeit der Schweizerarzt an einmal aufgeworfenen, aber noch nicht endgültig entschiedenen Problemen festhält.

Die **klinische Beobachtung**, sowie die **histologische und bakteriologische Untersuchung** haben neue Tatsachen und neue Befunde aufgedeckt.

Der **Zahnarzt** und der **Tierarzt** haben auch diesmal wieder getreulich mitgeholfen, die weiten Räume der

Geburtshülfe und Gynæcologie, sowie deren Grenzgebiete

mit auszubauen.

Bei so vorzüglicher Mitarbeit ist es uns eine Freude, darnach zu trachten, immer mehr zu bieten; so haben wir uns eine reichliche Illustration angelegen sein lassen und haben das Inhaltsverzeichniss um ein Kapitel vermehrt, in welchem die hervorragendsten **Erzeugnisse der ausländischen Litteratur** kurz zur Sprache kommen sollen.

Wir dürfen nach aller aufgewandten Mühe und Arbeit wohl hoffen, dass wir auch fernerhin von den Schweizer-Aerzten kräftig unterstützt werden, auf dass die

Gynæcologia Helvetica

zur Ehre unseres Vaterlandes und zur Ehre unseres Standes immer besser gedeihe.

Genf, im Monat Mai 1903.

Inhalts-Verzeichniss.

I.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

Dr. O. Beuttner, Genf:

Suprasymphysärer Bogenschnitt nach Rapin-Küstner.

(Centralblatt für Gynækologie. Nr. 29. 1902.)

Beuttner will auf einen Irrtum aufmerksam machen, der sich gelegentlich in die gynækologische Litteratur eingeschlichen hat.

Die Bezeichnung «suprasymphysärer Bogenschnitt nach Küstner» ist unrichtig, oder doch unvollständig. Der erste, der den «suprasymphysären Kreuzschnitt» ausführte, war Rapin; er benannte seine Methode: «*Incision esthétique*» und beschrieb sie auf dem internationalen Gynækologen-Kongress in Genf, im Jahre 1896, folgendermassen:

«*J'ai commencé, il y a deux ans, à inciser la peau, non plus sur la ligne blanche, mais en travers, à 3 ou 4 cm. de la symphyse, à la limite supérieure des poils, etc. — Je dissèque l'aponévrose de la ligne blanche, etc.; puis je fais, sur la ligne médiane, une incision verticale de 4 à 8 cm. suivant les besoins à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine, etc., etc.*»

Zwei Jahre später ist Küstner unabhängig von Rapin auf dieselbe Operationsmethode verfallen.

Rapin und Küstner haben ihre Methoden zur gleichen Zeit, gelegentlich des internationalen Gynækologenkongresses in Genf, 1896, der Oeffentlichkeit übergeben.

Die Anordnung sämtlicher Publikationen ist nach dem Namens-Alphabet geschehen.

Will man daher gerecht sein, so soll man der neuen Methode, das Abdomen zu eröffnen, den Namen:

Suprasymphysärer Bogenschnitt nach Rapin-Küstner,
beilegen.

Dr. O. BEUTTNER, Genf:

Suprasymphysärer Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel.

(Centralblatt für Gynækologie. Nr. 30. 1902.)

BEUTTNER hat 5 mal nach PFANNENSTIEL operiert, das heisst, nicht nur die Haut quer oberhalb der Symphyse incidiert, sondern auch die Fascie der Musc. recti.

Es lagen folgende *Indikationen* vor: Chronische, doppelseitige Erkrankungen der Tuben und Ovarien; mobile Retroflexion; fixierte Retroflexionen; subseröse Uterusfibrome.

Der Hautschnitt wurde immer, wie dies PFANNENSTIEL empfohlen, in die natürliche Querfurche verlegt, die oberhalb der Symphyse gefunden wird. BEUTTNER macht ganz besonders darauf aufmerksam, *dass man direkt auf die Fascie vordringen soll, ohne das suprafasciale Gewebe irgendwie zu dislocieren.*

Die Uebersichtlichkeit des Operationsgebietes liess in sämmtlichen 5 Fällen wenig zu wünschen übrig; namentlich können die seitlichen Partien des Beckens durch keinen Schnitt so gut freigelegt werden, als durch den Fascienquerschnitt.

Schluss der Laparotomiewunde: Peritoneum-fortlaufende Seidennaht; Seidenknopfnähte der Musc. recti und der Fascie. Fortlaufende Haut-Seidennaht.

Verband: Die von BEUTTNER[1] angegebene Laparotomie-Binde, die gestattet, einen beliebig starken Druck auf das Wundgebiet auszuüben und die Wundverhältnisse leicht zu kontrollieren.

Heilungsverlauf: In sämmtlichen 5 Fällen zuerst eine « prima reunio »; 3 mal trat dann nachträglich ein mehr oder weniger ausgedehntes Platzen der Hautnarbe auf, was wohl mit der verfolgten Operationstechnik (Knoten der Ventrofixationsfäden des Uterus über dem unteren Fascienlappen) zusammenhängt.

[1] Siehe Gynæcolog. Helv. I. pag. 15: Eine neue Wochenbetts- und Laparotomiebinde.

Beuttner schlägt vor, den subkutanen Wundraum zu drainiren und zwar nach unten zu, so dass die Drainöffnung in die Schamhaargegend zu liegen kommt.

Dr. O. Beuttner, Genf:

Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie der Atresia hymenalis congenita.

Aus dem histologisch-embryologischen Institut der Universität Genf: Prof. Eternod.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. VI, Heft 3, pag. 381.)

Zu einer 7 monatlichen Frühgeburt gerufen, fand Beuttner eine in Steisslage sich befindende tote Frucht und machte die Extraktion.

Die Inspektion des weiblichen Fœtus ergab eine Missbildung: zwischen den beiden Schamlippen ein 6^{mm} hohes, cystisches Gebilde, von ziemlich ebener Oberfläche. Eine feine Sonde konnte sowohl nach oben,



Fig. 1.
Atresia hymenalis congenita
bei einem 7 monatlichen Fœtus. Hypertrophie der kleinen Schamlippen.

als nach unten von der «Cyste», nach der Scheide vorgeschoben werden; oben drang das explorierende Instrument tiefer ein als unten.

Der Vergleich des gewonnenen Präparates (Fig. 1) mit den äussern Genitalien eines am normalen Schwangerschaftstermin geborenen Mädchens (Fig. 2), lässt auffallende, vom Normalen stark abweichende Verhältnisse erkennen.

Dass die kleinen Schamlippen (Fig. 1) auseinandergespreitzt sind, versteht sich bei der Anwesenheit des «cystischen Gebildes» von selbst; was aber ungewöhnlich ist, das ist die enorme Entwicklung der Labia minora nach oben zu, so dass diese den Scheideneingang, wie mit einem in der Mitte geteilten Vorhang, verdecken.



Fig. 2.
Aeussere Geschlechtsorgane
eines am normalen Schwangerschaftstermin geborenen Mädchens.

Um die «*pathologische Anatomie*» der vorliegenden Missbildung eingehend studieren und mit dem «Normalen» vergleichen zu können. wurden durch beide obige Präparate Sagitalschnitte angelegt.

In Fig. 3 sehen wir oben den Mons. ven., der, nach einer Einbuchtung. in die hypertrophierte kleine Schamlippe übergeht; weiter nach unten folgt das atresische Hymen, dahinter die Vagina; ganz unten Andeutungen des Dammes.

In Fig. 4 sehen wir zu äusserst links ein dreieckiges Gebilde, einen kleinen Abschnitt der l. grossen Schamlippe, dann ein mehr viereckiges, längliches Gewebestück, die kleine Schamlippe; folgt weiter nach innen und unten der Hymen; etwas nach unten von der Hymenalmitte findet





Fig. 3.



Fig. 4.

sich eine Verdünnung, der das Hymen zusammensetzenden Gewebe; hier ist die Hymenalöffnung; hinter derselben die Vagina; weiter nach unten der vorzüglich entwickelte Damm und ganz zu unterst die Analöffnung.

Die Vergleichung dieser beiden mikro-photographischen Abbildungen erklärt besser, als jeder Text, die vorliegenden Verhältnisse.

Dr. O. Beuttner, Genf:

Ueber Schleimhautpolypen der Uterushöhle.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Genf: Prof. Zahn.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. VI, Heft 3, pag. 394.)

Das Studium der einschlagenden deutschen Litteratur zeigt, dass bezüglich der Klassifikation der sog. «*Schleimhautpolypen*» noch wenig

Einigkeit besteht. Es war Beuttner daher darum zu thun, an zwei untersuchten Polypen den Zusammenhang mit der Uteruswand und die Veränderungen dieser selbst zu studieren, sowie durch makroskopische und mikroskopische photographische Wiedergabe das Verständniss der «Schleimhautpolypen» zu fördern.

Fall I. Uterus 8 cm. lang, 5 cm. breit und 3 cm. tief. Uteruswand in der vorderen Medianlinie 1,6 cm. dick.



Fig. 5.

In der rechten Tubenecke (Fig. 5) eine ca. klein-haselnussgrosse «Tumorbildung», von teilweise unebener Oberfläche. Uterusschleimhaut ohne Besonderheiten, Ovarien stark atrophisch.

Die photographische Wiedergabe eines der Schnitte (Fig. 6.) zeigt einen Teil des Gebärmutterrand mit der «geschwulstartigen Bildung.»

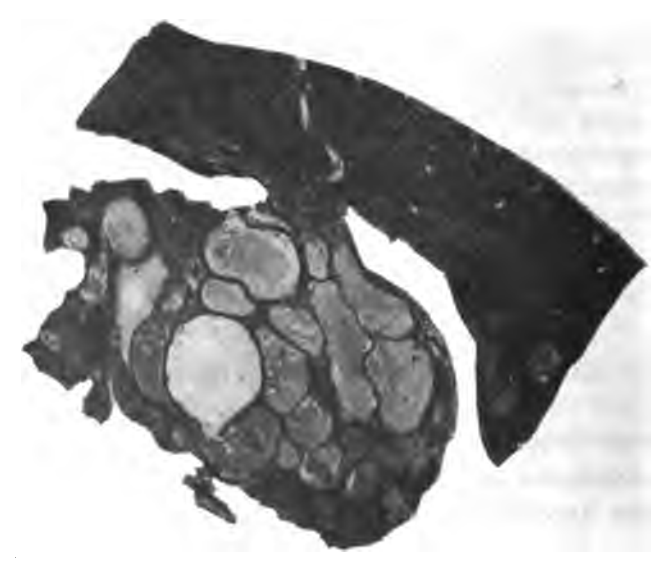


Fig. 6.

Es handelt sich um eine gutartige, hyperplastische Wucherung der Schleimhaut. Durch eine reichliche Vermehrung und cystische Erweiterung uteriner Drüsen ist ein kleines « tumorartiges Gebilde » entstanden, in welchem das Bindegewebe gegenüber den epithelialen Bestandteilen stark zurücktritt.

Nach ABEL'scher Bezeichnung, die BEUTTNER als die bis jetzt Zutreffendste acceptiert, würde es sich im Fall I um eine *Hyperplasia glandularum Endometrii polyposa* handeln; immerhin wäre dann noch hinzuzufügen, dass die Drüsen cystisch erweitert und dass die Vaskularisation eine so reichliche ist, wenigstens stellenweise, dass das Grundgewebe ein kavernöses Gepräge angenommen hat.

Fall II. Uterus 7 cm. lang, 3,8 cm. breit und ca. 1,8 cm. tief. Von der Länge entfallen 3,5 cm. auf die Cervix.



Fig. 7.



Fig. 8.

Die Wanddicke beträgt in der vorderen Medianlinie ca. 8 mm.

Die ganze Uterushöhle wird von einem Polypen ausgefüllt (Fig. 7) der bis zum inneren M. m. reicht und der der rechten Tubenecke adhærent ist.

Die mikro-photographische Abbildung (Fig. 8) zeigt die « geschwulstartige Bildung » im Zusammenhang mit der Uteruswand; es handelt sich um eine Hyperplasie sowohl der bindegewebigen, als auch der epithelialen Elemente der Uterusmucosa. Nach Abel'scher Benennung gehört der Fall II zu der *Hyperplasia Endometrii totius polyposa*; es wäre aber noch zu erwähnen, dass neben zu Cysten erweiterten Drüsen auch zahlreiche normale Drüsen sich vorfinden und dass auch hier eine ungemein reichliche Vaskularisation stattfand.

Dr. A. Bossart, Aarau:

Zur Chloræthylnarkose. [1]

Aus der chirurgischen Abteilung der Kranken-Anstalt Aarau.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte Nr. 19, pag. 595, 1902.)

Aus der *Hacker'schen-Klinik* sind eine Reihe von Publikationen über die *Chloræthylnarkose* hervorgegangen von Ludwig, Wiessner und Pircher, welche Autoren alle eine günstige Kritik über das Chloræthyl abgeben; zugleich wurden ebenfalls von französischer Seite die Erfahrungen über das uns beschäftigende Narkotikum erweitert. Lotheisen bespricht in seiner Abhandlung, die Gefahr der Chloræthylnarkose und fasst seine Meinung dahin zusammen, dass das Chloræthyl weniger gefährlich als das Chloroform sei.

An der *Spitalabteilung von Dr. Bircher in Aarau* wurden im Jahre 1901 rund 200 Chloræthylnarkosen gemacht. In 28 Fällen wurde das *Lyoner « Kelen »*, in den übrigen das *Chloræthyl der chem. Fabrik A. G. Brugg* verwendet; als Maske in allen Fällen diejenige von Nieriker [2] benutzt.

[1] Siehe im Kapitel: « *Dissertationen* » die Arbeit von *A. Lebet*: « *Sur les effets physiologiques du Chlorure d'Ethyle.*

[2] Siehe im Kapitel: « *Mitteilungen aus der Praxis* » die Arbeit von H. Nieriker: « Die elastische Inhalationsmaske zur Ausführung von Narkosen. »



Bossart führt 10 verschiedene Gruppen an, in denen die Chloræthyl-Narkose zur Anwendung kam und sagt *epitritisch* zum Schluss wörtlich:

Nach unseren Beobachtungen lässt sich folgendes über die Chloræthyl-narkose sagen:

« Bei Beginn der Narkose fehlt jenes unangenehme Gefühl der Atemnot, welches man bei den anderen Narkoticis beobachtet. Bei genügendem Luftzutritt zum Chloræthyl, ein Faktor, der bei der permeablen Maske von Nieriker gewährleistet ist, werden die Atemzüge zusehends langsamer und tiefer, der Puls bleibt bei der anfänglichen Zahl oder nimmt ein wenig zu. Das Initialstadium dauert, in Uebereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren, $^1/_2$ bis 2 Minuten, nach welcher Zeit völlige Anæsthesie eingetreten ist. Reizung der Schleimhäute, vermehrte Salivation wurden nie beobachtet. Dann folgt ein Zustand tonischer Muskelspannung, bei dem die Reflexe noch vorhanden sind, aber vollständige Anæsthesie herrscht; die Pupillen sind immer, zuweilen sogar maximal, erweitert. Dieser Zustand, in welchem wegen der herrschenden Anæsthesie mit der Operation schon begonnen werden kann, geht in $^1/_2$ bis 2 Minuten in den des ruhigen Schlafes mit geringgradiger Muskelerschlaffung über. In den selteneren Fällen, in welchen eine vermehrte Excitation eintritt, wird der Narkotisierte unruhig, lallt etwas, bewegt die Extremitäten. Im nächsten Stadium, dem der unvollständigen Muskelerschlaffung, welches, wenn die eben erwähnte Excitation ausbleibt, sich direkt an das Initialstadium anschliesst, beobachten wir normale Pupillenweite mit ausgiebiger Reaktion, vorhandenem, zuweilen auch erloschenem Cornealreflex. Diesen Zustand haben wir bis zu 20 Minuten unterhalten, mit jeweiligem Nachgiessen von 2 bis 3 cm^3 Chloræthyl nach ungefähr je 2 Minuten. Das Erwachen erfolgt im allgemeinen sehr rasch. War die Narkose nur oberflächlich, so stellt sich bei den ersten Atemzügen in atmosphärischer Luft das Bewusstsein wieder ein; war sie bis zur unvollständigen Muskelerschlaffung geführt worden, so erfolgt das Erwachen innerhalb $^1/_2$ bis 2 Minuten. Der postnarkotische Zustand ist meist ein guter. Erbrechen trat nach 19 Narkosen auf, bei welchen zum Teil kurz vorher Nahrungsaufnahme erfolgt war; bei über 30 Narkosen war der Zustand so, dass die Patienten vom Operationstisch weg zu Fuss nach ihren Krankenzimmern zurückgingen. Die grössten Mengen Chloræthyl, die verabfolgt wurden, betrugen bei Kindern 25, bei Erwachsenen 30 cm^3. »

Dr. O. BURCKHARDT, Basel-Arosa:

Ueber Störungen der Menstruation.

Aus der Basler Heilstätte für Brustkranke in Davos.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Herrn Prof. R. Massini.)

Durch die im Jahr 1897 erschienene Publikation von FLIESS: *Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen.* Wien. Deuticke 1897, ist die Frage über das Wesen und die Behandlung der *Dysmenorrhoe* frisch aufgestellt worden. Trotz eingehender und interessanter Diskussionen in den geburtshilflichen Gesellschaften in *Berlin*, *Wien* und *Leipzig* gehen die Ansichten über das Wesen der Dysmenorrhoe als *nasale Reflexneurose* noch sehr weit auseinander.

BURCKHARDT hat nun einschlagende Versuche an Patienten des *Basler Sanatoriums für Brustkranke* in Davos angestellt.

Durch die Versetzung der Patienten von Basel oder dessen nächster Umgebung ins Hochgebirge, treten häufig Störungen der Menstrualfunktion auf. Am deutlichsten zeigen sich solche bei jungen Mädchen und zwar so, dass die vorher regelmässige Periode im Beginn des Aufenthaltes längere Zeit aussetzt und auch, nachdem sie einmal eingesetzt, nie regelmässig wiederkehrt.

Bei jungen Frauen erweckt das nicht selten den Verdacht auf beginnende Gravidität, umsomehr, als infolge der reichlichen Ernährung und speziell der reichlichen Milchzufuhr Kollostrum auftreten kann.

Die erste wieder einsetzende Periode ist gewöhnlich abnorm stark, zuweilen eine eigentliche Menorrhagie.

In andern Fällen tritt das Gegenteil ein, indem die Periode abnorm häufig und zugleich profus wird. In noch anderen Fällen gesellen sich dysmenorrhoische Beschwerden, Krämpfe hinzu bei Patientinen, die vorher ohne irgend welche Molimina leicht und richtig menstruierten.

BURCKHARDT's Beobachtungen über die Wirkungen der 20 % FLIESS'schen Cocainpinselungen der Nasenschleimhaut erstrecken sich auf 12 Fälle

In 9 Fällen war ein Erfolg zu verzeichnen, in 3 Fällen war derselbe ganz zweifelhaft oder völlig negativ.

Die Fälle von positivem Erfolg fallen nicht zusammen mit denjenigen, bei denen an der Nasenschleimhaut besonders deutliche Schwellung oder Röthung gefunden wurden, sondern es sind unter den positiven

Fällen auch solche, wo ausdrücklich bemerkt ist, dass lokal in der Nase nichts Besonderes zu finden ist.

In zwei Fällen wurde eine Ätzung der Nasenschleimhaut mit Trichloressigsäure vorgenommen, nach Angabe von FLIESS; trotzdem traten be der nächsten Menstruation die Schmerzen in gleicher Form, wie früher, auf, reagierten aber wiederum auf Cocain. Gerade dieses Vorkommnis scheint dafür zu sprechen, dass ein guter Teil der Wirkung auf suggestiver Basis beruht.

Prof. Dr. C.-F. ETERNOD, Genf:

L'anse veineuse vitelline des Primates: Homme et Quadrumanes.

Die venöse Dotterschlinge der Primaten: Mensch und Vierhänder.

Extrait des Comptes rendus de l'Association des Anatomistes; IVme session Montpellier 1902. (Imprimerie Berger-Levrault et Cie, Nancy.)

ETERNOD ist einer der Ersten gewesen, die die frühesten Stadien menschlicher Cirkulation beobachtet haben. Bei einem Embryo von 10 mm, 8 mm, 2 und 6 mm traf er das Herz noch in Hufeisenform an, von dessen Mitte zwei Aorten mit Aortenbogen abgingen und an dessen Extremität zwei zurückführende Gefässe Entstehung nahmen, nämlich die chlorio-pacentaren Venen. Im Verlaufe dieser Venen, von der Wand des Dottersackes herkommend, entdeckte ETERNOD ein Gefäss, in Form einer *venösen Schlinge.* Es handelt sich dabei wohl um das erste zurückführende Gefäss der Cirkulation des Dottersackes.

E. SELENKA hat dann zwei Jahre später den ETERNOD'schen Befund am Affen (Hylobates Raffiesi) bestätigt.

Zwei hübsche, instruktive Abbildungen, die eine von ETERNOD (menschliches Ei) die andere von SELENKA (Affe) gezeichnet, erläutern besser als jeder Text die obwaltenden Verhältnisse. (Siehe Fig. 9 u. 10.)

Graphische Reconstruction der initialen Vascularisation des menschlichen Eies und Embryos.

Nach Prof. Eternod.

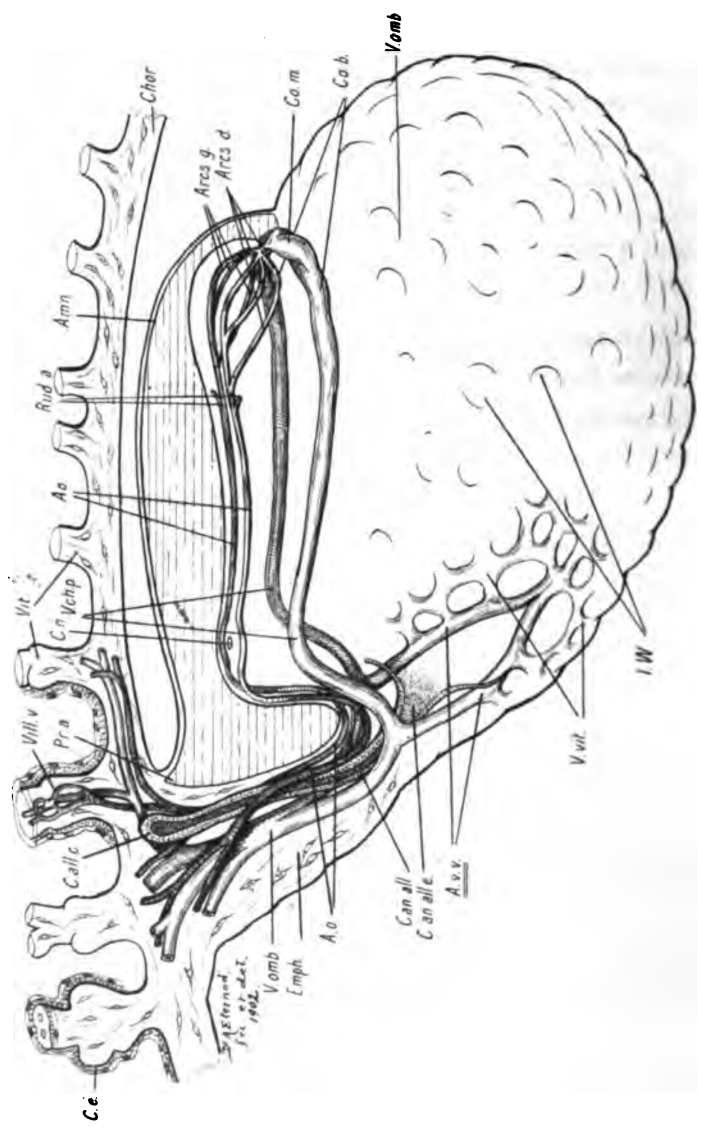


Fig. 9.

Graphische Reconstruction der initialen Vascularisation des Eies und Embryos von Hylobates Raffiesi.

Nach Selenka, gezeichnet von Prof. Eternod.

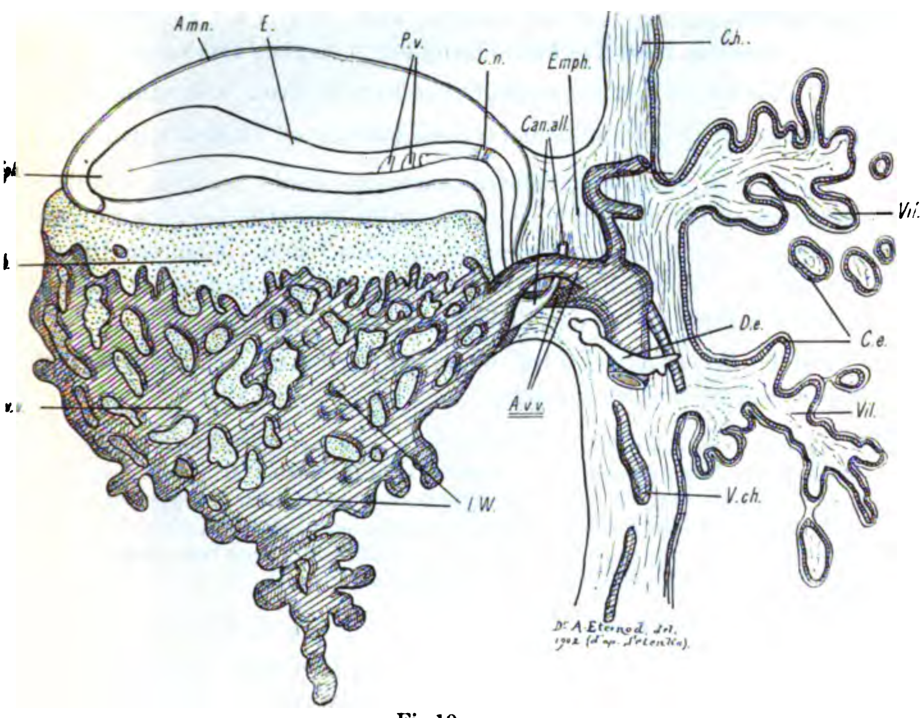


Fig.10.

Erklärung der Fig. 9 und 10.

Amn. = Amnios.
Arcs d. = Arcs artériels (branchiaux) droits.
Arcs g. = Arcs artériels (branchiaux) gauches.
Ao. = Aortes.
A. v. v. = *Anse veineuse vitelline.*
Can. all. = Canal allantoïdien.
Can. all. c. = Canal allantoïdien, cul-de-sac.
Can. all. e. = Canal allantoïdien, embouchure.
Céph. = Partie céphalique de l'embryon.
Chor. = Chorion.
C. n. = Canal neurentérique.
C v. v. = Circulation veineuse vitelline.
Co. b. = Cœur, branches du fer à cheval.
Co. m. = Cœur, portion moyenne produite par la confluence commençante des branches. *Co. b.*
D. e. = Débris éphitéliaux.
E. = Embryon.
Emph. = Embryophore (Bauchstiel de His, Haftstiel de Selenka).
I. W. = Ilots sanguins de Wolff.
Pr. a. = Prolongement amniotique caudal.
P. v. = Rudiments de protovertèbres.
Rud. a.? = Rudiments d'un 4e arc artériel (?).
V. c. = Vaisseaux sanguins du chorion.
V. ch. p. = Veines chorio-placentaires (ombilicales).
Vil. = Villosités.
Vil. v. = Vaisseaux sanguins des villosités.
V. omb. = Vésicule ombilicale.
V. v. = Vaisseaux vitellins.

Anmerkung: Die französische Benennung wurde beibehalten, damit die Abkürzungen der « Erklärung der Fig. 9 und 10 » mit denjenigen der Abbildungen übereinstimmen.

Dr. R. von Fellenberg, Bern:

Ein eigentümlicher Fall von inversio uteri senilis mit Bemerkungen über die operative Behandlung der Inversion überhaupt.

Aus der Berner gynækologischen Klinik: Prof. P. Müller.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, Band VI, Heft 3, pag. 387.)

Die bis jetzt publizirten Fälle von « *inversio uteri* » gehören, was ihre *Aetiologie* anbetrifft, entweder zur puerperalen Form, oder sie wurden verursacht durch im Fundus breitbasig aufsitzende, submucöse Fibromyome, die schliesslich durch Uteruskontraktionen in die Scheide hineingeboren wurden und so den Fundus hinter sich herzogen.

Auf der *Berner Klinik* wurde nun eine Inversion beobachtet, die keiner dieser beiden Gruppen zugehört:

Anamnese: 67 Jahre alte Frau, 11 Geburten am normalen Termin, 1 Frühgeburt und 3 Aborte. Letzte Geburt vor 21 Jahren. Vorfall der Vagina, der sich bei jeder folgenden Geburt vergrösserte; als er Apfelgrösse erreicht hatte, blieb er stationär. Mitte September 1901 bemerkte Pat. nach anstrengender Feldarbeit, wie sich aus der Oeffnung, an der Spitze ihres Vorfalles, ein dunkelroter Körper herausdrängte, der ganz langsam von Mandelgrösse auf Hühnereigrösse anwuchs.

Status am 24. Oktober 1901. Vor den äuseren Genitalien liegt ein mehr als apfelgrosser Tumor, von trockener, blassroter Vaginalschleimhaut bedeckt. Auf seinem unteren Pol sitzt ein zweiter, kleinerer, mehr birnförmiger Tumor, dessen Oberfläche feucht und dunkelrot erscheint. Zu unterst an diesem befindet sich rechts und links je eine feine Oeffnung, durch die eine feinste chirurgische Sonde eine kurze Strecke weit eindringen kann (Fig. 11).

Die untere, rote Partie ist gegen die obere, blasse, scharf abgegrenzt.

Operation am 31. Oktober. Es wird einfach die ganze Vaginalschleimhaut excidiert, der « Uterus in situ » in die Wundhöhle zurückgeschoben und der Scheideneingang vernäht. Nach einigen Tagen öffnet sich die Wunde (da die Uterusschleimhaut etwas Schleim secernierte) wieder: doch bilden die Wundränder des Introitus vaginæ einen narbigen Ring, der einstweilen den Uterus zurückhält.

Wiedereintritt am 30. Januar 1902.

Status: Die Scheidenöffnung ist weit; vor den Genitalien liegt ein grosser Tumor von dreieckiger Gestalt, stark gerötet, Reposition gelingt nicht.



Fig. 11.

Zweite Operation am 1. Februar 1902. Es wurde eine einfache Amputation des Corpus uteri vorgenommen und vorher gelegte Fäden wurden sofort über dem Stumpfe geknotet, wodurch die Operation sehr kurze Zeit dauerte und wenig eingreifend war.

v. Fellenberg gibt des weiteren den *pathologisch-anatomischen Befund* des amputierten Uteruskörpers wieder, wie selber von Prof. Langhans eingesandt worden war; dann geht er auf den *Mechanismus der vorliegenden Inversion* ein und kommt auf die angewandten *operativen Verfahren* zu sprechen.

Zum *Schlusse* wird *ein weiterer Fall* aus der Privatpraxis von Prof. P. Müller beschrieben, der bezüglich der operativen Therapie einige Ähnlichkeit mit dem eben beschriebenen aufweist:

32jährige Hausfrau; normales, eher weites Becken. Gelegentlich der dritten Geburt starke Blutung, so dass der Arzt die Expression der

Placenta versuchen will; dabei fühlt die Frau einen plötzlichen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend und zugleich tritt die Placenta vor die Genitalien; aber letztere haftet fest am umgestülpten Uterus. Dieselbe wird abgeschält; die Reposition des Uterus aber gelingt nicht. *Scheiden-Tamponade.* (26. Juli 1895.)

Am 26. September Versuch der Reposition vemittelst Colpeurynter in leichter Narkose; ohne Erfolg; Blutungen.

11. Oktober. Operation. Leichte Chloroformnarkose. Uterus herunter gezogen; um den Hals eine elastische Ligatur, um auch dem geringsten Blutverlust vorzubeugen; durch die Mitte des Corpus wird ein starker doppelter Seitenfaden gelegt und rechts und links abgebunden. Darauf werden ca. 12 Catgutfäden von vorne nach hinten durch das Corpus durchgeführt und nun der Fundus uteri abgetragen. Die Fäden wurden über dem Stumpf geknotet und derselbe in die Vagina zurückversenkt. Vaginaltamponade.

Untersuchung durch Prof. Müller, 10 Tage « post operationem »:

Der Amputationsstumpf ist in der Vagina nirgends zu finden; er hat sich vollständig reinvertiert.

23. November. *Erste Menses;* schwach wie früher, mit leichten Kreuzschmerzen; von da an tritt die Menstruation regelmässig alle 26 Tage ein und dauert 2 bis 3 Tage lang, ohne Beschwerden; ein Jahr später befindet sich Patientin vollkommen wohl; ihre sexuellen Funktionen und Triebe vollkommen normal.

Die enorme Schwäche und Anæmie liess kein eingreifenderes Verfahren räthlich erscheinen.

Der nicht geringe Vorteil gegenüber der Totalexstirpation liegt bei dieser Art des Vorgehens darin, dass die Frauen ausser ihren Ovarien noch ein gutes Stück funktionstüchtige Uterusschleimhaut besitzen. Eine Kommunikation zwischen Peritonealhöhle und Uterusrest bleibt nicht bestehen; auch münden die Tuben nicht in die Höhle dieses Restes, sodass eine Extrauteringravidität kaum zu befürchten ist.

Dr. R. v. Fellenberg, Bern:

Ueber den suprasymphysären Bogenschnitt nach Küstner.[1]

Aus der gynækologischen Klinik in Bern.
(Centralblatt für Gynækologie. Nr. 15, pag. 385, 1902.)

Die *Berner-Klinik* verfügt über ein Material von 70 Fällen des (*Rapin-*) *Küstner'schen Bogenschnittes.*

Der Hauptvorteil der (*Rapin-*) *Küstner'schen Methode liegt* im kosmetischen Resultat und entspricht der Schnitt dem *Kocher'schen Kragenschnitt* für Strumektomie, bei dem ja auch eine fast unsichtbare Narbe resultirt. Einige male sah man sich gezwungen, die Oeffnung zu erweitern, was durch seitliche Verlängerung des Schnittes in der Haut leicht gelang; das Ablösen der Haut von der Fascie wurde stets stumpf vorgenommen; nur in der Mittellinie musste die festere Verbindung mit dem Messer durchtrennt werden. Da P. Müller die Oeffnung der Bauchhöhle rechts oder links von der Linea alba vornimmt, so braucht er in der Mittellinie den Hautlappen nicht allzuhoch abzulösen. Ist nach Beendigung der Operation die Bauchwand etagenweise vernäht, so wird die Haut mit fortlaufender Seidennaht geschlossen; man sah sich aber nach einiger Zeit veranlasst, zu drainiren, weil ziemlich oft kleine Hæmatome unter dem Hautlappen auftraten. Es wird jetzt immer eine eigene Drainöffnung ca. $^1/_2$-1 cm. oberhalb des Hautschnittes angelegt. (Warum nicht unterhalb, in den Pubes? B.) Um die todten Räume noch sicherer zu vermeiden, legt P. Müller in jüngster Zeit noch jederseits 2 feine, versenkte Katgutknopfnähte zwischen Panniculus und Fascie und hat seither tadellose Resultate.

Bei den 70 Fällen die nach (*Rapin-*) *Küstner'scher Methode* operirt wurden, hat die *Berner-Klinik* 54 Primaheilungen, ohne die geringste Reaktion, zu verzeichnen, Hæmatome traten in 15 Fällen auf.

[1] ***Anmerkung des Referenten:*** Bezüglich der Priorität des suprasymphysären Bogenschnittes verweise ich den Leser auf meinen kleinen historischen Aufsatz: *Suprasymphysärer Bogenschnitt nach* Rapin-Küstner. Gyn. Helv. III. Dass ich mich in meinen historischen Deductionen nicht getäuscht habe, beweisen folgende Zeilen aus der Feder von Herrn Prof. Rapin † selbst: « Le Docteur O. Rapin remercie M. le Dr O. Beuttner de sa communication et de sa mise au point absolument conforme aux faits en ce qui concerne la question de priorité au sujet de *l'incision esthétique*, ou Rapin-Küstner, ou *suprasymphysärer Kreuzschnitt*, etc.»

Also bitte in Zukunft « Rapin-Küstner'scher *suprasymphysärer Bogenschnitt.*»

Die Hæmatome verteilen sich auf die verschiedenen Arten, die Wunde zu behandeln, wie folgt:

Von 29 ohne Drain mit GIRARD'scher Unterstützungsnaht geschlossenen Wunden weisen 7 Hæmatome auf. In 3 Fällen GIRARD'scher Naht und Drain kein Hæmatom. 18 ohne Drain und ohne Unterstützungsnaht behandelte Fälle zeigen 5 Hæmatome.

Mit Drain ohne GIRARD wurden vernäht 20 Wunden, wobei nur einmal ein Hæmatom auftrat.

Diese Zahlen sprechen deutlich für den Nutzen der Drainage.

Die meisten Patienten haben sich zur Nachuntersuchung eingestellt; sie sind alle sehr zufrieden über die in den Schamhaaren verstekte, kaum oder gar nicht sichtbare Narbe. Bauchhernien wurden bis jetzt keine konstatiert.

v. FELLENBERG schliesst seine kleine Publikation folgendermassen:

«Ich glaube also nach unseren Erfahrungen für alle kleineren Laparotomien den KÜSTNER'schen suprasymphysären Bogenschnitt warm empfehlen zu können und möchte dabei raten, durch eine besondere Oeffnung zu drainiren, zwischen Fascie und Panniculus einige Knopfnähte zu versenken und die Hautwunde in zwei Partien fortlaufend mit Seide zu nähen».

Dr. HÄBERLIN, Zürich:

Akute Sepsis, Ileus, Pseudoileus, Jodoformintoxikation, unstillbares Erbrechen?

(Centralblatt für Gynækologie, Nr. 1, pag. 11. 1902.)

39jährige Mehrgebärende, seit 8 Wochen gravid; schläft nicht mehr; muss alles erbrechen; hochgradige Anæmie. Im Einverständnis mit dem Hausarzte wird der künstliche Abortus beschlossen und die Sterilisirung angeschlossen, was von beiden Ehegatten ausdrücklich gewünscht wird. Entleerung der Gebärmutter vermittels Curette. Tamponade mit Jodoformgaze. Darauf Bauchschnitt. Der Uterus ist durch flächenhafte Adhæsionen im Douglas fixirt, das Netz mit dem Fundus bandförmig verwachsen. Excision der Tuben. Im Laufe des Nachmittags 1 mal Erbrechen. 36. 9: 84; um 9 Uhr beginnt ein hartnäckiger Brechreiz; am nächsten Morgen wird die Jodoformgaze entfernt; im Laufe des Nachmittags wird der Puls sehr frequent, unzählbar, unregelmässig; mässiger Grad von Meteorismus, links unten druckempfindlich. Salzwasserinfusion mit sehr gutem Erfolg; darauf Strychnin subcutan; hohes Klysma, worauf Winde abgehen. Nach 1½ Stunden hörte das Erbrechen vollständig auf. der Puls ging auf ca. 100 zurück, die Temperatur betrug abends 37.2; täglich trat Stuhl ein und die Wunde heilte per primam; aber am 5ten Tage wurde die Rekonvalescenz nochmals durch eine ähnliche, wenn auch nicht so bedeutende Störung unterbrochen.

Die Beobachtung erscheint darum wichtig, weil sie einerseits etwas Licht zu werfen scheint auf jene dunklen Todesfälle, welche nach Laparotomie gelegentlich vorkommen und bei denen selbst die Sektion keine Aufklärung bringt und weil sie andererseits vielleicht einen Fingerzeig giebt, wie gelegentlich eine solche Patientin zu behandeln und zu retten ist.

Handelte es sich am 2. Tage um akute Sepsis, Ileus, Pseudoileus, unstillbares Erbrechen, Jodoformintoxikation oder um noch etwas anderes?

Gegen die *akute Sepsis* revoltirt. Häberlin's chirurgisches Selbstvertrauen. Der Ausgang des vorliegenden Falles enthebt übrigens der weiteren Begründung für die Richtigkeit der Annahme, dass akute Sepsis nicht vorlag.

Bestand *Ileus?* Auch hier beweist der Verlauf am klarsten, dass Ileus nicht bestand.

Wäre der Exitus damals eingetreten, so hätte man zwischen *Pseudoileus* und *unstillbarem* Erbrechen wählen können, insofern der spätere sichere Abgang von Winden nicht mehr hätte beobachtet werden können und das Erbrechen bis zum Tode angedauert hätte.

Handelte es sich vielleicht um *Jodoformwirkung?* Da typische Symptome des Centralnervensystems (Benommenheit, Schlafsucht) fehlten und endlich der zweite identische Anfall am 5. Tage sicher nicht auf Jodwirkung zurückgeführt werden kann, so ist Jodoformintoxikation ausgeschlossen oder zum mindesten sehr unwahrscheinlich.

Was lag denn vor?

Auf dem Boden eines chronischen Inanitionszustandes entwickelte sich eine akute Verschlimmerung und diesen lezten Kräfteverlust konnte der Körper nicht mehr ertragen. Es trat rasch Herzschwäche ein, der Puls wurde unzählbar; das Herz klopfte laut, als ob es leer ginge.

Aus dieser Beobachtung geht die Thatsache hervor, *dass bei hochgradiger Inanition das Zusammenwirken an und für sich ungefährlicher Ereignisse (Erbrechen, Meteorismus etc.) gefährlich werden und dabei zu den schweren Krankheitsbildern führen kann, wie wir sie sonst bei gefährlichen Infektionen des Peritoneum's oder groben mechanischen Störungen des Darmes beobachten.*

Prof. O. von Herff, Basel:

Zur Drüsenausräumung bei Carcinoma uteri.

Aus dem Frauenspital der Universität Basel.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. VI, Heft 1

Gestützt auf die Erfahrungen der *Hallenser-Frauenkli*
Kaltenbach & Fehling), die Hysterektomien bei Karcinom oh
ausräumung betreffend, sowie gestützt auf die hohe Sterbli
weitgehender Drüsenausräumung (10-15 %, wenn nicht m
von Herff die Frage auf, *ob die höhere Operationssterblichkei*
dadurch etwa erzielten höheren Gewinn an Dauerheilung au
Es ist entschieden im Interesse der Kranken gehandelt, wen
Fälle aussucht und zur Zeit nur bei solchen eine Drüsenau
vornimmt, bei denen man *vor* der Operation durch eine sorgf
taluntersuchung in Narkose Drüsenmetastasen gefunden hat.

von Herff schlägt zur Drüsenausräumung folgendes, aus
bekannten typischen Operationen zusammengesetztes Verfahr

« Sorgfältiges Beseitigen zerfallender Karcinommassen dur
Löffel und Paquelin.

Schnitt von einer Spina zur anderen über den Schamberg
ganzer Ausdehnung dieses Schnittes, Ablösen der Bauchd
Beckenrande unter Schonung des Peritoneums. Jetzt, auf der
und dann auf der andern Seite, Freilegen der grossen Beckeng
zu deren typischen Unterbindung. Aufsuchen und Freilegen d
Unterbinden der Art. uterina dicht an ihrer Ursprungsstelle
der Drüsen sammt umgebendem Fett- und Bindegewebe. Aufs
Unterbinden der Ligg. rotunda. Stumpfes Auslösen der Bla
Serosa wie bei der Sectio alta. Aufsuchen der Art. ovarica (Spe
terna) und Unterbindung derselben, entlang der Plica ova
Eröffnen der Bauchhöhle in der Nähe der Fossa vesico-uterin
auswälzen des Uterus — eventuell Versorgung der Spermati
wenn nicht schon, wie vorhin erwähnt, geschehen. Freies Du
den der Ligg. lata bis zur Uteruskante und Naht der Blasen
Serosa an die des Douglas, nötigenfalls unter Bildung einer k
ritonealmanchette, wie bei der retroperitonealen Stumpfv
Auslösen der Cervix und beliebiger Abschnitte der Scheide
nahme möglichst ausgedehnter Bezirke des Beckenbindegewe

Quere Abtrennung der Scheide, nachdem man gegen das Karcinom zu Klemmen angelegt hat. — Vervollständigung der Blutstillung.

Drainage mit Xeroformgaze, welch' letztere der Jodoformgaze wegen ihrer leichteren Sterilisierbarkeit, ohne Sublimation, weit vorzuziehen ist, nach der Scheide. Xeroformgaze und Gummidrainage in der Mitte vor der Blase und in beiden Wundwinkeln. Naht der Bauchdecken an ihre alte Stelle.[1] »

Prof. JULLIARD, Genf:

Anæsthesie vermittelst Ether.

Anesthésie par l'éther.

Extrait du Congrès français de chirurgie, 15[me] session, 1902.
(Félix Alcan, éditeur, Paris.)

JULLIARD hat seit 1877, 9289 Etherisationen vorgenommen, ohne Todesfall; es wurden zwar *postoperative Pneumonien* beobachtet, allein diese hatten ihren Grund nicht in der Ether-Verabfolgung. Die eigentliche *Ether-Pneumonie* muss sofort in Scene treten, sobald der Ether mit den Athmungsorganen in Berührung gekommen ist; eine Pneumonie aber, die erst nach mehreren Tagen oder gar Wochen auftritt, hat eine Incubationszeit durchgemacht und ist unter die *infektiösen Lungenentzündungen* zu klassifizieren.

Die sogenannten *Ether-Pneumonien* treten selten doppelseitig auf, während sie doch gerade alle Lungenbezirke befallen sollten; es ist aus dieser Ueberlegung die Schlussfolgerung abzuleiten, dass die « *Etherpneumonien » mit dem Ether selbst nichts zu thun haben.*

Es müssen also wohl andere Ursachen mit im Spiele sein, wie:

1. Erkältung während der Operation.

2. Natur der Operation: Innere Einklemmung von Hernien, Gastrotomie, Appendicitis.

3. Infektion. (Verschlucken von Schleim etc.) Embolien.

Wenn JULLIARD bis jetzt keine üblen Zufälle zu verzeichnen hat, so führt er dies auf zwei Umstände zurück:

[1] Siehe auch unter: « *Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften* »: Medizinische Gesellschaft der Stadt Basel: Prof. v. HERFF: Beginnendes Portio-Carcinom mit dazu gehörigen carcinomatösen Beckendrüsen.

1. Respektierung der Gegenanzeigen des Ethers und

2. Art und Weise der Verabreichung.

1. *Gegen-Anzeigen:* Emphysem, chronische Bronchitis, katarrhalische Affektionen der Trachea.

2. *Art und Weise der Verabreichung.*

Die Narkose muss einer Person übertragen werden, die damit vollständig vertraut ist; der psychologische Zustand des Patienten spielt eine grosse Rolle. Zuerst werden 20 gr. Ether auf die Maske gegossen und diese letztere dem Gesicht langsam genähert, so dass im Beginne immer noch frische Luft einströmen kann. Der Patient soll durch die Nase athmen und Mund und Augen schliessen. Nach 1 bis 2 Minuten giesst man eine zweite Dosis Ether von ca. 20 gr. auf.

Man darf die Maske nie für längere Zeit immobil auf dem Gesichte lassen; sondern soll sie häufig aufheben, um den Patienten beobachten und ihm frische Luft zuführen zu können.

Vor sämmtlichen Ether-Anäthesien (mit Ausnahme von Kindern) wird eine Morphiuminjektion applicirt. 30 Minuten später wird mit der Narkose begonnen.

Julliard ist ein geschworener Feind der sogenannten Erstickungsmethode.

Nach 25jähriger Erfahrung ist Julliard im Falle folgende Sätze als zu Recht bestehend zu proklamieren:

Der Ether ist viel weniger gefährlich als das Chloroform.

Der Ether führt die Anæsthesie ebenso gut herbei wie das Chloroform.

Der Ether ist das Vorzugs-Anæstheticum.

Das Chloroform ist für die Fälle zu reservieren, bei denen der Ether contraindicirt ist.

Dr. H. Keller, Rheinfelden:

Ueber die Solbadbehandlung während der Gravidität.

(Deutsche Medizinal-Zeitung 1902. Nr. 32.)

I. Keller[1] hat nachgewiesen, dass die Schwangerschaft durch eine absolute und relative Verminderung der Oxydationsprozesse der stickstoffhaltigen Körperelemente charakterisirt ist.

[1] Keller: Die Ernährungsvorgänge im Puerperium. Gynæcologia Helvetica II, pag. 41.

II. *Folgendes sind die hauptsächlichsten Veränderungen, die während der Gravidität beobachtet werden:*

Vermehrung der Blutmasse bei gleichzeitiger Verarmung an wesentlichen Bestandteilen; Verlangsamung des Stoffwechsels der stickstoffhaltigen Verbindungen; Verminderung der Urinmenge, des Harnstoffs und des Gesammtstickstoffs; die Verlangsamung des Stoffwechsels und die Verminderung der Oxydationen der Eiweiskörper sind in engem Zusammenhang mit den Leberfunktionen etc. etc. wie Obesitas, Verstopfung, Ikterus, Erbrechen, geringere Widerstandsfähigkeit der Schwangeren gegen krankmachende Einflüsse; Steigerung der Arbeitsleistung des Herzens und der Gefässe, Veränderung der Hauttätigkeit, psychische Depressionszustände.

III. *Vergleichen wir damit nun die physiologische Wirkung der Solbäder:*

Physiologie der Gravidität.	*Physiologische Wirkung der Solbäder.*
1. Verlangsamung der Cirkulation.	1. Kräftigung der Cirkulation.
2. Trägheit der Darmtätigkeit und Verlangsamung der Tätigkeit der Drüsen des Verdauungstraktus.	2. Kräftigung der Darmtätigkeit, erhöhte Sekretion der Drüsen des Verdauungstraktus.
3. Obesitas.	3. Vermehrter Fettumsatz.
4. Harnverminderung.	4. Harnvermehrung.
5. Verminderung des Gesammtstickstoffs im Urin.	5. Vermehrung des Gesammtstickstoffs im Urin.
6. Verminderung des Harnstoffs.	6. Vermehrung des Harnstoffs.
7. Verminderung des Koeffizienten: Harnstoff-N; Gesammt-N (84,7% im Mittel).	7. Vermehrung des Koeffizienten - Harnstoff-N: Gesammt-N (86-91%).
8. Verminderte Oxydation und Assimilation, daher Verminderung des Stoffwechsels.	8. Vermehrte Oxydation und Assimilation, daher Vermehrung des Stoffwechsels.
9. Depressionszustände u. Schwächegefühl.	9. Steigerung der Lebensprozesse und gehobenes Kräftegefühl.

IV. *Litteratur-Durchforschung.*

V. *Indicationen für den Gebrauch der Solbäder während der Gravidität.*

A. *Die physiologische Schwangerschaft.*

B. *Zufällige Erkrankungen,* welche die sonst normale Schwangerschaft komplizieren, wie: allgemeine Schwächezustände, protrahirte Rekonvalescenz, Phosphaturie, Anæmie, Chlorose, Skrofulose, Osteomalacie, Rheumatismus, Gicht, Erkrankungen der Kreislauforgane, Herzfehler, Varicen, chronische Lymphangitis.

C. *Pathologische Schwangerschaften infolge Anomalien der Sexualorgane und des Eies.*

D. *Schwächliche Kinder.*

VI. *Kontraindikationen* für Solbadkuren sind die für Frauen in nicht gravidem Zustande bestehenden.

VII. Die *Behandlung* besteht vor allem in *Bädern*, mit nachfolgender streng durchgeführter *Bettruhe,* 3 bis 5 mal wöchentlich; der Salzgehalt beträgt gewöhnlich 1 bis 4 $^0/_0$; aber auch höhere Konzentrationen, bis über 6 $^0/_0$; Temperatur zwischen 33° und 35° C. Die Dauer der Bäder beträgt 15 bis 30 Minuten; was die Zeit der Schwangerschaft anbetrifft, so können während des ganzen Verlaufes derselben Bäder genommen werden; grössere Vorsicht ist allerdings in den ersten 3 bis 4 Monaten angezeigt und zwar besonders zur Zeit wo die Periode sich sonst einzustellen pflegt. Nach dem Bade ist eine gute, trockene Abreibung angezeigt.

VIII. Keller stellt zum Schlusse folgende *Thesen* auf.

1. *Weder die normale noch die pathologische Schwangerschaft an und für sich sind eine Gegenanzeige für Solbäder.*

2. *Es liegt sowohl im Interesse der Mutter, als des Kindes, während der Gravidität Solbadkuren gebrauchen zu lassen, wenn eine Anzeige dafür besteht.*

3. *Habitueller Abortus oder Neigung zu Frühgeburt sind eine Anzeige für Solbadkuren.*

4. *Frauen, welche durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfahrungsgemäss sehr geschwächt oder erschöpft werden, sind einer Solbadkur während der Gravidität bedürftig.*

5. *Für Frauen, welche bereits schwächliche oder gar nicht lebensfähige Kinder zur Welt gebracht haben, sind Solbadkuren bei späteren Schwangerschaften indizirt.*

Dr. Albert KOCHER, Bern:

Ueber Morbus Basedowi.

Aus der chirurgischen Klinik von Prof. KOCHER in Bern.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.
Neunter Band. Erstes und zweites Heft 1902.)

A. KOCHER hat aus der Spital- und Privatpraxis seines Vaters das gesammte Material über *Basedow*'sche Krankheit aus den Jahren 1883 bis 1899 gesammelt und verarbeitet. In der 304 Seiten starken Arbeit werden 93 Fälle eingehend besprochen und an Hand einer reichen Litteraturdurchsicht (1423 bibliographische Angaben) kritisch beleuchtet.

Den *Gynækologen* interessiert hauptsächlich das Kapitel über:

« *Erscheinungen von seiten des Genitalapparates* »
das wir wörtlich wiedergeben:

« Eine Erkrankung der Genitalien wurde bei keiner der 58 Patientinnen nachgewiesen, ausser einem Descensus uteri, sonst niemals Veränderungen, auch keine Atrophie, wie sie THEILHABER, KLEINWÄCHTER, JONIN etc. als häufigen Befund und teilweise auch als Ursache der Krankheit beschrieben. Es würde unser Befund ganz mit SÆNGER übereinstimmen, welcher die Genitalbefunde als zufällige bezeichnet. Atrophie hat er zwar ab und zu gefunden etc. etc.

Menses. Bei nicht weniger als 43 von den 58 weiblichen Basedow-Fällen wurde mit der Krankheit eine *Veränderung der Menses* beobachtet. Und zwar war bei 42 Fällen die Veränderung eine im Sinne einer Abnahme, nur bei Fall 22 wurden die Menses mit der Erkrankung stärker. In 22 Fällen blieben die Menses regelmässig, nahmen aber an Intensität bedeutend ab; in 10 Fällen wurden sie aussetzend, in 7 seltener und in 3 endlich trat Cessatio mensium ein. Bei 6 der Genannten waren vor der Erkrankung profuse Menses vorhanden, welche mit fortschreitender Krankheit immer abnahmen. Wir machen auf dieses fast gar nicht gewürdigte (ABRAM, MATTIESEN, DITISHEIM), *aber entschieden häufige uud richtige Symptom der Basedow'schen Krankheit ganz besonders aufmerksam.*

Ob wir in diesem Befunde etwas mehr, als ein blosses Krankheitssymptom erkennen sollen, ist zur Zeit noch fraglich. Wir halten es aber nicht für ausgeschlossen, dass eine engere Beziehung dieses Symptoms zur Krankheit besteht. Die schwächeren Menses waren selten ein An-

fangssymptom (nur in 3 Fällen), sondern werden es im Verlaufe der Krankheit, meist entsprechend ihrem Grade. Es ist also jedenfalls nicht gerechtfertigt, die Veränderung der Menses als ursächliches Moment für die Krankheit hinzustellen. Wir betrachten sie als ein häufiges und wichtiges Symptom derselben.

Eine *Veränderung der Brustdrüsen* wurde bei 17 unserer Patientinnen konstatiert, indem sie angaben, dass die Mammæ seit der Erkrankung abgenommen haben. Es konnte jedoch in keinem Falle eine völlige, eigentliche Atrophie konstatiert werden. Dagegen wurden auch in Fällen, bei denen den Patientinnen keine Veränderung aufgefallen war, diese eher klein, aber wohl gebildet, von guter Konsistenz, gefunden, überhaupt ein Verhalten, wie es jugendliche Mammæ zeigen, und zwar war dies etwa nicht nur der Fall bei jüngeren ledigen Patientinnen, sondern die Mammæ älterer Kranken, welche schon mehrfach geboren hatten, waren zur jugendlichen Form und Konsistenz zurückgekehrt. »

Nur in Fall 76 waren schlaffe, senile Mammæ vorhanden. »

A. Kocher bespricht dann im Verlaufe seiner Abhandlung *die einzelnen Symptome in Bezug auf ihr Verhalten nach der Operation* und unter « *Symptome des Genitalapparates* » sagt er folgendes:

« Wir haben oben auf die Wichtigkeit der Menstruationsveränderung bei der *Basedow*'schen Krankheit aufmerksam gemacht. Bei der Heilung der Krankheit ist die Reglierung der Menses von eminenter Bedeutung, indem sie sich ganz genau an den Fortschritt der Besserung hält. Haben die Menses ganz aufgehört, so treten sie meist nicht sofort wieder ein. Sie zeigen sich erst schwach wieder, um oft nach einigen Monaten oder noch länger normal zu werden, und zwar konnten wir stets, wenn die Menses wieder normal geworden waren, eine vollständgie Restitution der übrigen Krankheitssymptome beobachten; häufig wurde auch erst dann von den Patientinnen ein völliges Wohlbefinden angegeben. Eine Verschlimmerung zur Zeit der Menses nach der Operation haben wir nur selten beobachtet, fast nur in Fällen, die überhaupt anfallsweise Exacerbation der Krankheit vor der Operation zeigten. Bleibt eine Besserung in Bezug auf Menstruation längere Zeit aus, so ist dies als prognostisch ungünstig aufzufassen.

Es bestätigt also der postoperative Verlauf resp. das Wiederauftreten normaler Menstruation in vollem Masse unsere oben angegebene Bedeutung der Menstruationsstörungen in der Symptomatologie der Basedow'*schen Krankheit.*

Die Zunahme der Brüste nach der Operation ist häufig eine bedeutende und betrifft auch in vielen Fällen den Drüsenkörper. Immerhin ist die oft ganz auffällige Zunahme des Panniculus hier natürlich besonders sichtbar. »

Anmerkung des Referenten : Kleinwächter hat in der « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie* », Bd. XVI Heft 1, die Frage nach dem Genitalbefund bei *Morbus Basedowii* ebenfalls kritisch studiert. Aus der durchgegangenen Litteratur ging klar und deutlich hervor, dass der Genitalbefund bei *Morbus Basedowii* noch nicht sichergestellt sei. Kleinwächter teilt nun einen selbst beobachteten Fall mit, der beweist, dass der *Morbus Basedowii* vorzeitige, tiefgreifende trophische Störungen der weiblichen Sexualorgane, mit nachfolgender Functionsaufhebung derselben, hervorzurufen vermag. Der vorliegende Befund ist dann ganz der gleiche, wie bei der normalen Altersatrophie der Sexualorgane. Diese vorzeitige Atrophie kann, wie dies Foote's Fall bestätigt, auch die Mammæ mitbefallen etc.

Im *Centralblatt für Gynækologie* Nr. 10, 1892 kam Kleinwächter an Hand von zwei weiteren Beobachtungen nochmals auf das obige Thema zurück: Die Zahl der bis jetzt publizirten Fälle ist jedenfalls zu gering, um ein endgültiges Urteil zu fällen, wann bei Morb. Based. das Sexualsystem in Mitleidenschaft gezogen wird und wann nicht.

Theilhaber hat des weiteren in einer hübschen Zusammenstellung (Arch. f. Gyn. 49 Bd., 1 Heft, 1895) an Hand der in der Litteratur vorhandenen Fälle und an Hand von 4 eigenen Beobachtungen: « *Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane* » erörtert.

Derselbe Autor hat des weitern das kasuistische Material mit Rücksicht auf die gegenseitige Beeinflussung der Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane und des Morbus Basedowii in einzelne Rubriken gebracht.

Es berichten über:

I. *Veränderungen in der Gravidität.*

A. Besserung bezw. Heilung des Morb. Based. die Autoren:

Charcot, Trousseau, Basedow, Moore, Corlieu, Huard, Souze-Leite, Westedt.

B. Verschlechterung des Morb. Based. bezw. Entstehung die Autoren:

Freund, Hennig, v. Wecker, Roberts, Hæberlin, Hutchison, Homên, Renaut, Cantilena, Raymond-Sérieux, Lewin, Strümpell, Benicke.

II. *Veränderungen im Puerperium.*

A. Besserung bezw. Heilung die Autoren:

Freünd, Hennig, Sänger, v. Wecker, Roberts, Homên, Basedow, Renaut, Westedt.

B. Beginn des Morb. Based. in puerperio bezw. in lactatione die Autoren:

CHARCOT, ROCKWELL, MÖBIUS, MENDES DE LEON etc. etc.

III. *Beziehung des Morb. Based. zu Operationen am Genitalsystem.*

A. Auftreten dieser Krankheit nach der Entfernung der Ovarien sah Mathieu.

B. Besserung der Krankheit nach der Entfernung eines Myoms beobachtete WETTERGREN.

IV. *Zusammentreffen von Morb. Based. mit atrophischen Prozessen im Genitalsystem.*

Hierüber liegen Berichte vor von FREUND, KLEINWÄCHTER (3 Fälle) und eigene Beobachtungen (2 Fälle) etc. etc.

V. *Zusammentreffen von Morb. Based. mit anderen Erkrankungen des weiblichen Genitalsystems.*

Ein Fall von Mannheim; zwei Fälle vom Verfasser.

VI. *Normale Genitalien bei Morb. Based.*

Jedenfalls sehr häufig; ausdrücklich festgestellt von SÄNGER, MANNHEIM.

Dr. O. KREIS, Basel[1]:

Kraurosis und Ulcus rodens vulvæ.[2]

Aus dem Frauenspital Basel.

(Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 1, pag. 11, 1902.)

Bis jetzt sind nur 5 sicher beschriebene Fälle von « Kraurosis und Ulcus rodens vulvæ » beschrieben worden und zwar von BREISKY, PETERS, M. MARTIN, ORTHMANN und VON MARS.

Ein in der v. HERFF'schen Klinik beobachteter Fall wird deshalb detaillirt mitgeteilt:

[1] Vorgetragen in der Med. Gesellschaft von Basel.

[2] Unter Ulcus rodens versteht KREIS (SCHMAUS, KAUFMANN, GEBHARD u. a.) ein *flächenhaft sich ausbreitendes Hautcarcinom,* welches flache Geschwüre bildet, an denen sich stellenweise Vernarbungsprozesse nachweisen lassen.

42½ jährige Hausfrau, 4 mal geboren; seit Jahren starkes Jucken an den äusseren Genitalien. Vor 4 Jahren wurde am linken Labium majus eine Warze excidirt; vor 1½ Jahren trat eine frische Warze links oben neben der Clitoris auf.

Die äusseren Genitalien sind stark geschrumpft, die Haare daselbst grösstenteils ausgefallen; die Clitoris ist völlig geschwunden; die kleinen Labien fehlen vollständig; der Vulvareingang weisslich verfärbt, stark verengt; die Haut sehr rissig und spröde. (Symptomencomplex der Kraurosis. Ref.)

Links neben der Clitoris eine haselnussgrosse, höckerige Hautwarze, dicht darunter befindet sich ein 10 Cts.-Stück grosses Geschwür mit ziemlich glatter, roter Oberfläche, dessen Ränder vernarbt und dessen Grund verhärtet ist. (Ulcus rodens vulvæ. Ref.)

Probeexcision bestätigte die Diagnose: Carcinom.

Das Geschwür mit dem darüber sitzenden Papillom und einem Stück kraurotisch veränderter Haut wurde weit im Gesunden umschnitten.

Mikroskopisch findet sich folgendes: Die Epidermis der kraurotisch veränderten Partien ist ganz erheblich verschmälert, die Zellkerne der Hornschicht sind äusserst blass. Die Verschmälerung im Rete Malpighi geht soweit, dass an einzelnen Stellen nur zwei bis vier Zellager übereinander sich befinden.

Recidiv in der rechtseitigen Inguinaldrüse.

Kreis neigt zu der Ansicht, dass dem Prozess der Schrumpfung jedenfalls ein Stadium der Hyperplasie und Hypertrophie vorausgeht, dass also das Leiden einen entzündlichen Charakter an sich trägt; auch ist er geneigt, mit Veit einen kausalen Zusammenhang zwischen Pruritus und Kraurosis anzunehmen.

Wie soll man nun die Entstehung des Ulcus rodens in den kranken Hautpartien erklären? Es ist denkbar, dass die fortwährenden Waschungen in dem anfänglich vielleicht gutartigen Ulcus Veranlassung zu einer malignen Wucherung abgegeben haben. Die Reibung der Kleider mag diesen Reiz dann noch unterhalten haben.

Wichtig für den Praktiker ist die Thatsache der frühzeitigen Metastasenbildung, die zu einer Zeit anatomisch sich schon findet, in der klinisch absolut noch nichts zu eruiren ist, die uns zwingt, mit der Exstirpation des vulvaren Krankheitsherdes eine gründliche Ausräumung der beiderseitigen Inguinaldrüsen zu verbinden, gleichgültig ob man Drüsen fühlt oder nicht.

Dr. P. Kworostansky, Zürich:

Chondrofibrom des Uterus.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich.

(Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Band 32, 1902.)

Da die Knorpel und Knochen in grossen Massen enthaltenden soliden Geschwülste des Uterus ungewöhnlich selten sind und der Versuch, ihre Herkunft zu erklären, auch einigermassen die Aetiologie der Tumoren im Allgemeinen berührt, so hat sich Kworostansky dazu entschlossen, diesbezügliche Untersuchungen zu veröffentlichen.

Das zum Studium benutzte Præparat wurde im Dezember 1899 in der *Zürcher-Frauenklinik* durch abdominale, totale Exstirpation eines fibromatösen Uterus gewonnen; es bestand aus zwei grossen Geschwülsten:



Fig. 12.

Photographie des makroskopischen Präparates. *a* Submucöses Fibrom, *fk* interstitieller Fibromknoten, *m* Musculatur des Uterus, *k* knochen-knorpelartige Partieen, *b* subseröses Fibrom (halbirt) in schleimiger Entartung, *o* cystös entartetes Ovarium.

1. Aus dem submucösen Uterusfibrom Fig. 12*a*, das runde Form, höckerige Oberfläche und im Ganzen harte Consistenz hatte.

2. Auf dem Corpus uteri rechts sass eine, mit ihm durch einen dicken Stiel verbunden, ebenso grosse Geschwulst, von glatter Oberfläche, weicher, sulziger Consistenz, von der unablösbaren Serosa überzogen. Beim Versuch den Haupttumor aufzuschneiden, stiess man im Fundus uteri auf einen harten Körper, 2 bis 3 cm. in der Tiefe gelegen. Der Tumor musste desshalb durchsägt werden. Auf der Schnittfläche war die Muskulatur des Uterus $1^1/_2$ bis 2 cm. dick; sie hebt sich durch ihren compacten Bau und ihre rote, fleischige Farbe sehr schwach von zwei weissen runden, charakteristisch gebauten Fibrömchen in der Wand des Uterus, wie auch von dem gallertig aussehenden Gewebe der übrigen submucösen Neubildung mit sehr grossen verkalkten knochenknorpelartigen Partieen, ab. Diese verkalkten Partien (davon die grösste $7^1/_2$ cm. Länge und $4^1/_2$ cm. Breite hat) sind von weissgelber Farbe, hart, bestehen makroskopisch aus Knochen mit erbsen- bis bohnengrossen Knorpeleinsprengungen. Ausser einem grossen knochenknorpeligen Knoten fand sich im Fundus uteri noch ein ebensolcher Kern von 2 cm. Durchmesser mit zwei erbsengrossen Knorpeleinlager ungen. Nahe der Cervix uteri, unter der Musculatur, im Fibromgewebe, lag ein bohnengrosser, durchsichtiger Kern von ovaler Form, mit Knochenknorpel rings herum.

Es folgt nun eine äusserst gewissenhafte histologische Bearbeitung des durch Operation gewonnenen Präparates. Das Verständniss der vorliegenden Verhältnisse wird durch 14 mikroskopische Abbildungen wesentlich erleichtert.

Die Schlussfolgerungen der Kworostansky'schen histo-pathologischen Studien sind folgende.

1. *Knorpel, osteoides Gewebe und Knochen können, in den mannigfaltigsten Formen, aus dem zelligen und faserigen Bindegewebe eines Uterusfibroms hervorgehen.*
2. Osteoide Balken und Knorpel tragen beständig solchen Charakter wie das ihm zur Matrix dienende Bindegewebe; aus zelligem Bindegewebe werden die gleiche Zellform beibehaltende osteoide Balken und Knorpel produzirt; aus dem faserigen Bindegewebe kommen osteoide Balken mit faseriger Natur der Grundsubstanz und Bindegewebsknorpel zum Vorschein; netzartiges und elastisches Bindegewebe produziren entsprechende Arten von Knorpel.

3. Die osteoiden Balken gehen continuirlich in hyalines, wie faseriges Bindegewebe über.
4. Knochengewebe (Spongiosa) bildet sich aus osteoidem Gewebe, aus Knorpel und direct aus Bindegewebe und zeigt keine Neigung zum Wachsthum, keine Osteoblasten, keine Riesenzellen und keine Kerntheilungen.
5. Das zur Matrix dienende Bindegewebe erfährt vor der Metaplasie eine regressive Metamorphose, die sich in hyaliner Aufquellung und Entartung, in schleimiger Entartung, in Verfettung und in Verkalkung äussert.
6. Am Knorpel und am osteoiden Gewebe wird eine Tendenz zur Wucherung nicht beobachtet, dagegen eine solche zur Verflüssigung, zum Zerfall, zu schleimiger Entartung, Verkalkung und Verfettung der Zellen.
7. In unserem Fall kann man nur von einem knorpel-knochenartigen Neubildungsgewebe in regressivem Stadium sprechen. Knorpel und Knochen sind das Product eines secundären Vorgangs in einer bindegewebigen, zu Grunde gehenden Geschwulst. In anderen Fällen, wie z. B. bei Chondrosarkomen, wo das Matrixgewebe selbst in progressivem Stadium sich befindet, findet man Knorpel auch als junges, wucherndes, im Wachsthum begriffenes Gewebe, doch ist eine solche Wucherung nicht eine grenzenlose, wie sie im Sarkom selbst besteht, weswegen ich sie als einen Anpassungsact des Bindegewebes an die äusseren Verhältnisse betrachte.
8. Knorpel und Knochen in den Geschwülsten sind überhaupt histoide, nie organoide Elemente und brauchen zu ihrer Entstehung keine embryonalen oder abgesprengten und verirrten Keime, obgleich von solchen im Embryo nicht zur Körperausbildung verbrauchten Knochen-Knorpelanlagen gleichnamige Geschwülste entstehen können.
9. Osteoide Balken und Knorpelbalken behielten das gleiche Gefässsystem, wie das zu ihrem Aufbau dienende Bindegewebe, bei.
10. Bei der diffusen und rasch von statten gegangenen Verknorpelung des Bindegewebes wurden alle fremden Elemente der Grundsubstanz, die schon vorher dort waren, unter hyaliner Aufquellung zu Knorpelzellen. So wurden z. B. auch die Gefässendothelien dem Anschein, aber nicht den Functionen, nach, zu Knorpelzellen.

11. Die Gefässwände in der Geschwulst entarteten secundär hyalin, da im grössten Teil des so entarteten Fibromgewebes sich sogar an vielen osteoiden Balken und im Knorpelgewebe verhältnissmäsig noch viele normale Blutgefässe fanden.
12. Die Verkalkung geschah nicht nur an stationären Gewebselementen, unter dem Zeichen eines regressiven Prozesses, sie wurde auch unterstützt durch Kalkablagerung aus dem Blute in's Gewebe, da viele Gefässe im hyalin veränderten Fibromgewebe Kalkmassen enthielten.

Dr. A. Labhardt, Basel:

Ein Fall von « Missed labour » bei Carcinoma uteri.

Aus dem Frauenspital Basel.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. VI. Heft 3, pag. 437.)

Es gehört zu den seltensten Ereignissen in der Geburtshilfe, dass bei einer an Carcinoma leidenden, schwangeren Frau die Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft nicht erfolgt, dass der Zustand eintritt, den man nach Oldhams Vorgang als « *Missed labour* » bezeichnet.

Ein in der *Basler Frauenklinik* beobachteter Fall verdient daher gewiss grosses Interesse:

42jährige Hausfrau. *Aufnahme* in das Frauenspital Basel am 9. VI. 1902. *Diagnose:* Zerfallendes Cervixkarcinom. Gravidität über den Termin (tote Frucht). Zersetzung des Uterusinhaltes.

Indikation zur Operation: *Missed labour*; Unmöglichkeit, die Geburt durch die Scheide herbeizuführen. Fäulnis der Frucht.

Operation: am 10. VI. 1902. 9 Uhr morgens (Prof. v. Herff). Sectio cæsarea nach Porro. Nachmittags unter den Erscheinungen einer Embolie: *Exitus letalis.*

Pathologisch-anatomische Diagnose: Universelle adhæsive Pericarditis; leichte Mitralinsufficienz; gelbe und braune Herzatrophie. Stauungsleber. Gastritis. Nephritis- parenchymatosa duplex. Hydronephrosis duplex. Carcinoma cervicis uteri et parametrii. Stenosierung beider Ureteren. Cystitis. Tuberculosis apicum pulmonum. Pleuritis adhæsiva.

Die *Komplikation von Gravidität mit Carcinom* der Gebärmutter ist kein so seltenes Ereigniss; die Fälle von « *Missed labour* » aber sind sehr selten und die entsprechende Literatur ist sehr klein.

Als « Missed labour » wären im Gegensatz zu « Missed abortion » alle die Fälle zu bezeichnen, bei denen eine lebensfähige, also mindestens 28 Wochen alte Frucht im Uterus retiniert wird.

Die Erklärung dieses Zustandes stösst auf ziemlich erheblich
rigkeiten; eine sekundäre Wehenschwäche kann man auf Erschö
ziehen; aber wie soll man die im vorliegenden Falle bestanden
Wehenschwäche bei Uteruscarcinom erklären?

LABHARDT kommt nach kritischer Beleuchtung dieses Them
Schluss, *dass die Frage der primären Wehenschwäche bei Carcin
vorläufig noch als ungelöst betrachtet werden müsse.*

Endlich wird auf die sehr wenigen analogen Fälle von
FLOËL, PFANNKUCH, CHANTREUIL, LIEVEN, MILLER, etc. eingegan

Die « Literatur » führt 21 Arbeiten auf.

Dr. C. MEYER-WIRZ, Zürich:

Zur forensischen Bedeutung des Puerperalfiebers.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 17, pag. 521

Ein Wochenbett-Todesfall, der vor einigen Jahren in Bayern
richtlichen Nachspiel gerufen, gibt C. MEYER die Veranlassun
teressante Thema vor dem Forum der Schweizer-Aerzte zu be

Prof. HOFMEIER, um ein Gutachten darüber ersucht, ob die
ung (im obigen Falle) der Desinfektion der äusseren Gesch
und der Scheide der Kreissenden, als ein Verstoss gegen die
ärztlichen Kunst zu betrachten sei, kam zu dem Schluss:

« *Dass eine gründliche, objektive Desinfektion, sowohl der äu
schlechtsteile, als auch der Scheide, vor jedem geburtshilflichen
geradezu geboten sei und dass der Arzt, welcher diese Massnahm
lasse, sich eines Vergehens gegen das Strafgesetzbuch schuldig*

Es erhoben sich energische Proteste gegen so bestimmte P
einem keineswegs abgeklärten Gebiete der geburtshilflichen
laxe.

In erster Linie wäre die Frage zu diskutieren: « *Woher st
Krankheitskeime, welche Puerperalfieber erzeugen und wodur
dieselben in die Wunden des Genitaltraktus eingeimpft?*

Aus einer kurzen Zusammenfassung, der ganze Bände füll
schlägigen Literatur geht hervor, dass die *Bakteriologie* allein
nicht im Stande war, die *Autoinfektionsfrage* abzuklären.

Wie steht es mit den *Resultaten der klinischen Untersuchung?* Die überwältigende Mehrzahl der Geburtshelfer acceptiert gegenwärtig den Standpunkt von Bumm: « *Die Infektion kommt von aussen* », und wenn auch zugegeben wird, dass leichtere fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett durch die Scheidenkeime veranlasst werden können, so sind doch die schweren Puerperal-Sepsis-Todesfälle immer auf eine Kontaktinfektion zurückzuführen ; *sonst ist die Selbstinfektion nicht wohl als entlastentes Moment für den Arzt oder die Hebamme in's Feld zu führen;* andererseits ist es nicht gestattet, die Unterlassung der prophylaktischen Scheidendesinfektion so apodictisch zum Vergehen gegen das Strafgesetzbuch zu stempeln, wie Hofmeier dies in dem oben erwähnten Falle gethan hat.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei den *gonorrhoischen Erkrankungen im Wochenbett.*

Eine absolut sichere Differenzdiagnose zwischen der eigentlich puerperalen Sepsis und den gonorrhoischen Entzündungsprozessen im Puerperium kann nicht in jedem Fall gemacht werden; die Gonorrhœ repräsentirt allerdings eine Form reiner Autoinfektion, welche ohne Zuthun oder Unterlassungssünde des Geburtshelfers schwere Erkrankungen bedingen kann. In einem gerichtlichen Falle müsste, um die gonorrhoische Aetiologie einer Puerperalaffektion zu erbringen, festgestellt werden:

1. Der Gonococcen-Nachweis; oder
2. Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre; oder
3. Bennorrhœ des Neugeborenen.

C. Meyer meint, dass durch den Nachweis eines dieser Postulate die Gonorrhoe der Wöchnerin sicher gestellt sei, dass damit aber erst die Möglichkeit oder höchstens Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges gegeben, derselbe jedoch noch keineswegs bewiesen sei. In den meisten Fällen wird ein absoluter Schuldbeweis ausserordentlich schwierig zu erbringen sein. Die Konsequenzen, welche diese forensischen Erwägungen und die herrschenden Anschauungen über die Selbstinfektion auf unser therapeutisches Handeln ausüben sind folgende:

An der Spitze der prophylaktischen Bestrebungen steht die Desinfektion unserer Hände; in zweiter *Linie werden wir unser Hauptaugenmerk auf die objektive Desinfektion der äusseren Geschlechtsteile der Kreissenden zu richten haben.*

Von prophylaktischen Vaginalspülungen werden wir im Allgemeinen absehen; dagegen hält C. Meyer eine reichliche Ausspülung der Uterinhöhle, am besten mit ausgekochtem Wasser, für zweckmässig nach Eingriffen, bei welchen die Hand in die Gebärmutterhöhle eingeführt worden ist, also bei schweren Wendungen, besonders aber nach manuellen Placentarlösungen, bei denen eine Berührung der äusseren Genitalien, besonders der nicht zu desinfizierenden Pubes, der Bettwäsche etc., oft nicht zu vermeiden ist. Nach Ausgangszangen, Extraktionen und andern kleinen Eingriffen kann man von Vaginalspülungen ohne Bedenken absehen.

Dr. Karl Münch, Genf:

Ueber einen Fall von Perforation der Harnblase durch einen papillomatösen Auswuchs einer Dermoidcyste des linken Ovariums.

Aus dem pathologischen Institute zu Genf.

(Zeitschrift für Heilkunde. XXIII. Band, Heft 1, 1902.)

Die Perforation der Blasenwand durch Dermoidcysten ist ein nicht gerade ausserordnetlich seltenes Ereigniss. Die wohl zwei Dutzend Fälle schrumpfen aber bedeutend zusammen, wenn man die sozusagen vollwertigen Fälle aussucht, die, sei es intra vitam oder post mortem, hinreichend klargestellt sind.

Im November 1900 hatte Münch, bei der Section einer 51jährigen Frau, Gelegenheit, als zufälligen Nebenbefund eine solche Perforation der Blase anzutreffen, die offenbar noch nicht lange bestehend, wegen der Geringfügigkeit ihrer Symptome klinisch nicht diagnosticirt worden war:

Am 16. Nov. 1900 wurde Pat. in agonalem Zustande auf die Genfer Med. Klinik aufgenommen: Schwierigkeit Urin zu lassen; häufiger Harndrang und beständige Schmerzen in der Blasengegend. Diese Beschwerden hatten schon vor einem Jahre begonnen und sich seitdem allmählig verschlimmert. Der Urin soll öfters leicht blutig und trüb gewesen sein.

Nach Eröffnung der Blase sah man an ihrer hinteren Wand, etwas links von der Medianlinie, näher dem Scheitel als dem Fundus, eine mit graugelbem Harngries belegte Proeminenz, von deutlich papillomatösem Bau. Nach seiner Grösse und Form kann dieses Gebilde mit nichts

besserm verglichen werden, als mit einer Himbeere. Bei genauer Besichtigung erkennt man auf ihm mehrere kurze und feine blonde Härchen. Die Blasenschleimhaut zeigt in der nächsten Umgebung des Tumors eine schmale, ringförmige, helle Zone, offenbar durch Anæmie bedingt.

Das linke Ovarium zeigt ein walnussgrosses Dermoid, das in die Blase perforirt war; eine wirkliche Verwachsung mit dem Rande des Blasenloches hatte nicht stattgefunden, sondern es fand sich nur die umgebende Blasenserosa mit der Cystenserosa in einer ringförmigen Zone zusammengelöthet. Die Verdünnung der Blasenwand scheint hauptsächlich auf Kosten der Musculatur eingetreten zu sein.

Des weiteren wird auf die genaue mikroskopische Beschreibung des vorliegenden Falles eingegangen und die in der Litteratur sich vorfindenden Fälle kritisch besprochen; diese letzteren müssen pathogenetisch in *zwei Gruppen* getrennt werden:

1. *Die weitaus grössere Gruppe bilden die Fälle,* in denen *die Dermoid cyste vereitert und nach Verwachsung mit der Blase und ulcerativer Verdünnung der doppelten Scheidewand ihren Inhalt in die Blase entleert,* was *erfahrungsgemäss plötzlich* geschieht.

2. *Die kleinere Gruppe wird von den viel* selteneren Fällen gebildet, *in denen die Blasenwand durch rein mechanische Durchwirkung* — « Druckschwund » — *von der Dermoidcyste allmählig durchbohrt wird.*

Dr. Jakob Nadler, Seen bei Winterthur:

Ueber Fussvorfall bei Schädellage.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 7, pag. 205, 1902.)

22jährige II. Gebärende; Geburt dauerte bereits 36 Stunden: Sp. 22. Cr. 25. Fr. 28.5. Conj. extern. 16,5. Conj. diagonal 9,5 cm.

Die Untersuchung in Chloroform-Narkose ergab *eine 1. Schädellage mit Vorfall der Nabelschnur, des rechten Beines und des rechten Armes, bei einem allgemeinverengten Becken mit 7,5 cm. Conj. vera.*

Da das Kind tot war, Kontraktionsring bestand und der Mutter bei dem 18 Stunden nach dem Blasensprung äusserst gedehnten unteren Uterinsegment Uterusrur drohte, wurde sofort in tiefer Chloroform-Narkose zur Entbindung mittelst Perforation und Extraction geschritten.

Da dabei das vorgefallene Bein sehr genierte, wurde es vorsichtig angezogen und im oberen Drittel des Unterschenkels amputiert, worauf sich der Stumpf spontan retrahierte; Credé nach 30 Minuten; ausgetragenes, gut entwickeltes Kind. Während der ersten 5 Wochenbettstage übelriechende Lochien. 37-4-38; 100-104.

Aetiologisch war der Extremitätenvorfall zweifellos bedingt durch das enge Becken; sehr auffallend war die Geradlage des Uterus.

Das Vorliegen eines Fusses bei Schädellage ist ein relativ seltenes Ereigniss.

Folgt eine interessante *litterarische Studie:* Kaltenbach, Zweifel, Schröter, Schauta, Spiegelberg-Wiener, Nägele, Credé, Hecker, Dührssen etc.

Neuerdings wurde oben besprochene Komplikation in zwei Dissertationen von *Bern* [1] und *Berlin* behandelt, welche nun schon mit etwas grösserem Material aufrücken und der Angabe der Lehrbücher, das Ereigniss sei bei ausgetragenen Kindern so selten, entschieden gegenüber treten.

Das Schema für die Behandlung von Schädellage mit Fussvorfall wäre nach Nadler folgendes:

« *Erst Repositionsversuche, dann die Wendung kurz nach Wasserabgang und so lange der Schädel noch beweglich ist; (nicht beim allgemein verenkten Becken). Steht der Schädel bereits im Becken, oder ist das Wasser schon lange abgeflossen — abwarten, event. Forceps oder Perforation. Bei totem Kind würden wir der Perforation überhaupt vor Wendungsversuchen den Vorzug geben.* »

[1] *Anmerkung.* Es ist hier am Platze auf die *Berner Dissertation* etwas eingehender zu sprechen zu kommen:

Dr. Joseph Kæser:

Ueber Extremitäten-Vorfall bei Kopflage.

(Buchdruckerei Michel & Büchler, Bern, 1890.)

Auf der *Berner Klinik* kamen in der Zeit von 1874 bis 1890 « in toto » 9012 Geburten vor; davon sind auf je 150 Geburten ein Mal Vorlagerung oder Vorfall zu verzeichnen (0,66 %). Am häufigsten (48 Mal) fand sich

eine obere Extremität, teils für sich allein, teils mit einer unteren Extremität oder der Nabelschnur vorgefallen. Die untere Extremität war 15 mal vorgefallen und 2 mal vorgelagert.

Als « *ätiologische Momente* » kamen in Betracht: Hydramnios, Beckenanomalie, Zwillinge, Tod der Frucht, plötzlicher Blasensprung, kleine und frühzeitige Frucht, event. Schieflage des Uterus, Uterusmissbildung.

Die *Diagnose* ist in manchen Fällen gar nicht so leicht; wichtig ist, dass man nicht ohne Weiteres, aus einem in der Scheide liegenden Fuss, auf eine unvollkommene Fusslage schliesst.

Die *Prognose* ist für das Kind ungünstig. Ein Viertel der Kinder kam asphyctisch zur Welt; 11 wurden todt geboren. Mortalität 18 bis 19 $^0/_0$.

Die *Therapie* ist nach den an der *Berner geburtshülflichen Klinik* beobachteten Fällen folgende:

1. *Vor dem Blasensprung*, bei wenig erweitertem Muttermund und bei gerade über dem Beckeneingang stehenden Kopf ist ruhige Rückenlage und eventuell, um vorzeitigen Blasensprung zu verhüten, Einlegen des Colpeurynter zu empfehlen. Ist dabei der Kopf sehr beweglich, so wird er am besten durch eine Bandage fixirt; ist er aber nach einer Seite abgewichen, so wird die Frau auf die Seite gelagert, nach der derselbe abgewichen ist. Dass aber auch dadurch, namentlich wenn Hydramnios vorhanden ist, leicht andere ungünstige Lagen entstehen können, geht aus einem Falle hervor, bei dem durch Seitenlagerung Kopf und Hand verschwanden und sich der Steiss zur Geburt stellte.

Bei diesen mehr exspectativen Verfahren ist die Möglichkeit gegeben, dass das Kind beim Tiefertreten die Extremitäten selbst zurückzieht, zur Seite schiebt und der Kopf dann als alleiniger Teil in dem Beckeneingang erscheint.

Ist der Muttermund aber ziemlich stark erweitert, oder ist derselbe verstrichen und liegen die obern oder untern Extremitäten nach vorn, so ist es wohl am besten, bei normalem Becken, den Blasensprung vorzunehmen und dabei gleichzeitig die vorliegende Extremität zurückzuschieben und den Kopf durch Druck auf seine Basis von den Bauchdecken aus in den Beckenkanal einzupressen, um ein weiteres Vorfallen zu verhüten. »

2. *Nach dem spontanen Blasensprung* wird man bei normalem Becken und noch hochstehendem Kopf die Reposition auszuführen versuchen und nachher den Kopf einleiten, die Wendung aber erst dann ausführen, wenn dies misslingt. Ein expectatives Verfahren wird nur

dann eingehalten, wenn blos die Hand neben dem Kopfe vorliegt, da dieselbe, wegen ihrer platten Form, keine Raumbeschränkung bewirkt und gleichzeitig mit ihr auch der Kopf durch den Beckenkanal durchtreten kann, ferner wenn der Fœtus sehr klein oder bereits vor längerer Zeit abgestorben, also schon maceriert ist.

Ist der Kopf tiefer ins Becken eingetreten, eine Sachlage, vor die sich der praktische Arzt wohl häufiger gestellt sieht, so wird man noch die Reposition versuchen. Dabei ist es auch gestattet, den Kopf des Kindes in der Wehenpause etwas zurückzuschieben, um das Zurückbringen der Extremität zu erleichtern. Gelingt die Reposition nicht, so ist es bei Vorlagerung eines Armes gestattet, vorläufig sich exspectativ zu verhalten, da die Möglichkeit immer noch vorliegt, dass Kopf und Arm gleichzeitig durchtreten. Ist dies nicht der Fall, so tritt — namentlich wenn ein mechanisches Hinderniss besteht — die Zange, respective die Craniotomie, in ihr Recht.

Vorfall der untern Extremität eines ausgetragenen lebenden Kindes erfordert stets ein actives Eingreifen, das entweder in der Reposition oder, im Falle des Misslingens, der Wendung zu bestehen hat. Man wird mit Sorgfalt den Fuss umschlingen und gleichzeitig unter Zug an der Schlinge den Kopf in die Höhe zu schieben suchen. Bei Einkeilung des Kopfes aber ist wieder ein schonender Zangenversuch, respective die Perforation, am Platze.

Dass sich der Geburtshelfer in jedem Fall über Grösse des Beckens und des Kindes und ebenso über den Zustand der Gebärmutter Rechenschaft zu geben und demgemäss sein Handeln zu modifiziren hat, ist klar und bedarf keiner besondern Auseinandersetzung.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist bezüglich der Wendung nichts als das vorhin Angeführte und in Bezug auf die Zange blos zu erwähnen, dass man die Löffel zwischen Kopf und Extremität in die Höhe schiebt.

Die Reposition wird in der Weise ausgeführt, dass man mit der entsprechenden Hand an der Symphysis sacroiliaca in die Höhe geht, den Kopf, um mehr Platz zu haben, etwas zurückdrängt und nun den Arm oder den Fuss am Gesicht des Kindes vorbei über den Kopf hinaufschiebt oder nach Rubé über den innern Muttermund, der dann, wenn er sich contrahirt, das Glied zurückhält.

Ist die Nabelschnur gleichzeitig vorgefallen, so ist sie natürlich zuerst zu reponiren.

Dr. Reidhaar, Basel:

Beitrag zur Behandlung der puerperalen Sepsis.

(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. 16, Heft 4. Oktober 1902.)

Dank der epochemachenden Errungenschaften von *Semmelweiss*, *Koch* und A. ist die *Prophylaxis* des Puerperalfiebers auf eine nie geahnte Höhe gelangt; *die Therapie* der puerperalen Infektionen dagegen ist auf einer verhältnissmässig niedrigen Stufe stehen geblieben. Es wurde daher allgemein begrüsst, als Marmoreck mit seiner Serumtherapie und Credé mit seinen Silberpräparaten der Heilung der Sepsis eine neue Perspective eröffneten.

Woretzky gibt in den « therapeutischen Monatsheften vom Februar 1900 » eine Zusammenstellung interessanter Beobachtungen auf dem Gebiete der Credé'schen Silberpräparate (Ungt. Collargoli-Argent. colloidale).

Ein in neuester Zeit von Dr. Reidhaar beobachteter Fall von puerperaler Sepsis bietet praktisches Interesse, da Streptokokkenserum und Collargol Credé nacheinander zur Anwendung kamen:

21 jährige II para; spontane Geburt; starke Blutung, manuelle Placentarlösung; ein kleiner Dammriss wurde mit zwei Suturen vereinigt. Kochsalzinjektion in's Rectum (15. Dez. 1901).

16. Dez. 1901 Abends 38.2. 100. Eisblase und Opiumsuppositorien.
17. » » Morgens 39.5. Abends 40.1. 130-140: Allgemeine Sepsis. Symptomatische Behandlung.
18. » » Morgens 37.1. 120. Zwei subkutane Injektionen von Anti-Streptokokkenserum. Schüttelfrost. Nachts 40.8. 130-160.
19. » » Morgens 36.1. 130. Dritte Injektion von Anti-Streptokokkenserum und Inf. digit. Schüttelfrost. Abends 40.2.
20. » » Morgens 39.5. *Intravenöse Injektion von 10 Gramm einer 1°/o Collargollösung* in die *Vena cephalica des l. Armes;* alle 3 Stunden eine Campherinjection und statt Digitalis: Strychnin.
21. » » Morgens 37. Abends 38.8. Pat. ist ruhig; verträgt die Milch. Collargolinjektion.
22. » » Ohne Störung. Collargolinjektion.
25. » » Plötzlich wird eine Morgentemperatur von 39.8 constatirt, daher 2 Collargolinjektionen.
26. » » Morgens 38.7. Zwei Injektionen. Abends 39.5. 135.
27. » » Anhaltend hohe Temperatur. Eine Injektion morgens und eine Einreibung von Ungt. coll. abends.
28. » » Gegen Mittag leichter Temperaturabfall, daher nur eine Silberinjektion.

Blut wurde steril gefunden. (Am 23. XII. hatte man typische Streptokokkenreinkulturen gefunden.) Vom 29. XII. an wurde keine Injektion mehr vorgenommen, da die Temperaturen in mässigen Grenzen sich bewegten und erst vom 2. Januar an wieder zu steigen anfingen, bis in der Nacht vom 5ten auf den 6ten ein zweistündiger Schüttelfrost mit nachfolgender Temperatursteigerung auf 40.5 auftrat. Am Vormittag des 6. Januar wurde daher wieder eine Collargolinjektion gemacht, worauf mittags ein Schüttelfrost von nur halbstündiger Dauer folgte. Vom 7. Januar an werden nur noch 4 Tage nacheinander je 5 gr. Ungt. Collargol verbraucht. Die Temperatur fiel von diesem Tage an rasch ab, bis sie am 16. Januar zur Norm zurückgekehrt war.

Nach dreimaliger Applikation des Anti-Streptokokkenserums hatte sich der Zustand der Patientin wesentlich verschlimmert, dagegen scheint die Wirkung des Silberpräparates eine prompte gewesen zu sein; kürzere Dauer der Schüttelfröste; sofortige Besserung des Allgemeinbefindens und der Verdauung; Nachlass der Delirien.

Mit der Applikation des Mittels wurde im vorliegenden Falle zu früh abgebrochen. Die Desinfektion des Blutes war noch keine vollständige.

Prof. J. Reverdin, Genf:

Ether und Chloroform.

Ether et Chloroforme.

Extrait du Congrès français de chirurgie, 15[e] session, 1902.
(Félix Alcan, éditeur, Paris.)

Der heuzutage zu konstatierende Fortschritt auf dem Gebiete der Narkose besteht in der Tendenz die Indikationen und Contraindikationen der in Betracht kommenden Anæsthetica stets mehr und mehr zu würdigen.

Sich stützend auf die Tatsachen, welche in den beiden grossen *Statistiken der British Medical Association* und *der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* niedergelegt sind, sowie aus eigener Erfahrung schöpfend, geht Reverdin nun auf die relativen Indikationen des Ethers und des Chloroforms detaillierter ein und sagt wörtlich:

« L'anesthésie par le chloroforme a donné lieu à une beaucoup plus forte proportion de morts nettement attribuables à l'anesthésique; l'éther et le chloroforme ont tous deux leurs contre-indications, mais celles du chloroforme sont infiniment plus nombreuses que celles de l'éther. »

Zum Schlusse resumiert Reverdin folgendermassen:

« Le chloroforme entraîne la mort plus fréquemment que l'éther; la mort se produit avant, pendant et après l'opération; elle est plus souvent due à la syncope cardiaque qu'à d'autres causes; nous n'avons pas jusqu'ici de moyen sûr et innocent de remédier à cette syncope cardiaque; le chloroforme tue à tout âge, les sujets sains aussi bien que les malades; les lésions qui paraissent favoriser les accidents mortels sont fort souvent difficiles ou impossibles à diagnostiquer.

L'éther est moins dangereux, ses contre-indications sont plus faciles à reconnaître, son administration est aussi simple et efficace; il n'emporte guère que les malades déjà gravement atteints; les accidents qu'il provoque ne nous surprennent pas comme ceux du chloroforme et le remède en est ordinairement efficace.

Entre l'éther et le chloroforme le choix me paraît s'imposer: l'éther doit être l'anesthésique de choix et le chloroforme être réservé pour les cas où l'éther est contre-indiqué et où les autres méthodes d'anesthésie sont inapplicables. »

Dr. G. Rossier, Lausanne:

Die Gonorrhoe beim Weibe.

La Blenorrhargie chez la Femme.

(Imprimerie Ch. Viret-Genton, Lausanne 1902.)

Es handelt sich um eine 60 Seiten starke Abhandlung, die einen integrirenden Bestandteil des von Dind herausgegebenen Buches:

« *La Blennorrhagie et ses Complications* »

bietet.

A. Allgemeine Betrachtungen. Wenige Krankheiten sind so lange verkannt worden, wie die weibliche Gonorrhoe; dessenungeachtet ist sie eine solch gefährliche Erkrankung, dass es angezeigt erscheint, neuerdings die Aufmerksamkeit von Arzt und Patient auf sie zu lenken.

B. 1) *Gonorrhoische Vulvitis,* 2) *Spitze Condylome,* 3) *gonorrhoische Bartholinitis. Die pathologische Anatomie und die Diagnose* dieser Affektionen werden besprochen, um daran die *therapeutischen Maassnahmen* anzureihen:

1. Mehrmals täglich Waschen der Vulva mit lauwarmem Wasser und Seife; hernach Sublimat, 1 ‰, eventuell Betupfen der Vulva mit 2 %



Argent. nitric; zur gleichen Zeit muss die Urethra und der Cervicalcanal attaquirt werden. 2) Man ergreift jedes einzelne Condylom für sich, hebt es mit einer Pincette etwas von der Unterlage ab und entfernt es vermittelst « Paquelin ». Auf den Brandscharf kommt Jodoformgaze oder Borvaselin. 3) Breite Incision des Abscesses parallel der kleinen Schamlippe; Tamponade der Abscesshöhle täglich mit Jodoformgaze; ist der Ausführungsgang allein inficiert, so wird in dessen Bereich der Thermocauter appliciert; handelt es sich um eine chronische Erkrankung der Bartholinischen Drüsen, so müssen dieselben in toto exstirpirt werden.

C. Gonorrhoische Vaginitis. Pathologische Anatomie und Diagnose. Therapie: Man soll so frühzeitig wie möglich einschreiten. Ist die gonorrhoische Affektion auf die Vagina beschränkt, so soll man desinficierende Scheidenspühlungen verordnen, bei deren Ausführung folgende Regeln zu beobachten sind: 1) Horizontale Lage, Becken event. etwas erhöht. 2) Injektionsgefäss muss mindestens 1¹/₂ Liter Flüssigkeit enthalten und soll 3) nicht zu hoch aufgehangen werden; 4) Kranke soll nach der Injektion 5-10 Minuten ruhig auf dem Rücken bleiben. 5) Das Scheidenrohr soll aus Glas hergestellt sein. Im Beginne der Erkrankung verschreibe man jeden Morgen eine warme 1 % Lysolvaginalspühlung (1¹/₂ Liter) oder eine 0,5 % hypermangansaure Kali-Spühlung; abends eine warme Sublimat Injektion (0,5 ‰). Nach frühestens 8 Tagen verordne man eine tägliche Injektion von einer 1 % Chlorzinklösung. Der Arzt mache wähend der zwei ersten Wochen jeden zweiten Tag eine Scheidendesinfektion im Speculum (Sublimat 1 ‰). Wenn nach der 3. Woche der Ausfluss nicht zum Schwinden gebracht werden konnte, so wird 2 mal wöchentlich die Vagina mit einer 2 % Argent. nitric.-Lösung ausgetupft und mit Jodoformgaze tamponirt. An Stelle des Argent. nitric. kann man nach dem Vorschlage von Neisser mit Vorteil das *Protargol* verwenden: täglich eine Scheidenspühlung mit einer 5 % Lösung. Rossier zieht öftere Betupfungen der Vaginalschleimhaut vor (5-10 %) und Application eines 10 % Glycerin-Protargoltampons während 3-4 Stunden. Die Behandlung der gonorrhoischen Vaginitis dauert zum mindesten 6 Wochen, oft länger; auch nach Ablauf dieser Zeit soll dann und wann die Vagina vermittelst Speculum inspizirt werden.

D. Endometritis und Metritis. a) *Akute Endometritis und Metritis* b) *Chronische Endometritis. Pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie: Die akute Endometritis und Metritis* erfordern die gleiche Behandlung: Ruhe, Eisblase auf's Abdomen; event. Opium und Morphium;

Diæt, Klystiere, 1 bis 3 mal täglich eine Vaginalspühlung (Lysol 1 %; Sublimat ½ ‰).

Die chronische Endometritis verlangt in erster Linie eine Modifikation der Uterusschleimhaut; Zerstörung der Gonococcen: Intrauterine Spühlungen mit kal. hypermanganic. ¼ %; Lysol 1 %: Chlorzink 1 %; Protargol ½-5 %; hernach Kauterisation des Endometriums mit *Playfaire*-Sonde; Argent. nitric. 5 %, 2 mal wöchentlich; Carbolalkohol 50 %, jeden zweiten Tag; Jodtinktur 2 mal wöchentlich und Protargol 5-10 % täglich.

Die Kranken sollen nach diesen Kauterisationen für einige Stunden ruhig auf dem Rücken bleiben.

E. Salpingitis. a) *Akute Salpingitis.* b) *Chronische Salpingitis. Pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie: Die akute Salpingitis* verlangt *absolute* Bettruhe; Vaginalspühlungen, von niederem Druck, werden nur gemacht, wenn Ausfluss besteht. Morphiumsuppositorien (0,015-0,02); man wache über die Darmfunktion und verschreibe Apenta, Villa Cabras, etc. Ichthyolglycerin-Application auf's Abdomen. Diät: kein Alkohol, kein Thee, kein schwarzer Kaffee etc.

Nach ca. 8 Tagen warme Compressen aufs Abdomen. Ist das akute Stadium vorüber, dann muss die Uterusschleimhaut in Angriff genommen werden. — Leider bekommt der Arzt erst das chronische Stadium:

Die chronische Salpingitis, zur Behandlung; Sitzbäder 32-35° C. Salz- und Schmierseife-Zusätze, im Bade eine Vaginal-Spühlung (10 Liter 40-50° C.). Zwei mal wöchentlich ein 10 % Ichthyolvaginaltampon. Hat das Volumen der Tube nach 3 Monaten beträchtlich abgenommen, dann kommen Kuren in Bex, Rheinfelden, Kreuznach etc. in Betracht; bei bestehender Anæmie: Höhenklima mit Stahlquelle.

Führt die medikamentöse etc. — Behandlung nicht zum Ziel, dann, aber auch nur dann, kommt die *operative Behandlung* in Frage:

1. Punktion mit oder ohne Incision des Tubensackes.
2. Abdominelle Exstirpation der erkrankten Tube.
3. Vaginale Exstirpation.

F. Oophoritis. a) *Akute Oophoritis.* b) *Chronische Oophoritis. Pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie*: Die Behandlung ist die gleiche wie bei der akuten und chronischen Salpingitis

G. Pelvi-Peritonitis. a) *Akute Pelvi-Peritonitis.* b) *Chronische Pelvi-Peritonitis. Pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie: Die akute Pelvi-Peritonitis* wird ebenso behandelt, wie jede akute Erkrankung der weibl. Genitalorgane.

Die chronische Pelvi-Peritonitis. Die Resorption der Entzündungsprodukte wird durch prolongierte Salz- und Meerbäder angeregt; Ichthyolglycerintampon: später gynæk. Massage, dabei muss die Körper-Temperatur genau kontrollirt werden. Sind die Adhärenzen etc. sehr widerstandsfähig, dann kommt die Laparotomie in Frage.

H. Gonorrhoe, Schwangerschaft und Wochenbett. Behandlung während der Schwangerschaft: Desinfektion der Vulva und Vaginalspühlungen mit ausgekochter Glas- oder Metallkanüle und abgekochtem Wasser, dem Chlorzink, und eine Woche vor der Geburt Lysol zugesetzt wird.

Behandlung während der Geburt: Vulva und Schamberg sollen, wenn immer möglich, rasiert werden; minutiöse Desinfektion der Vulva und der angrenzenden Partien mit warmem Wasser, Seife und Sublimat (1‰): Vaginal-Spühlung mit Lysol und ausgekochter Canüle; dauert die Geburt längere Zeit, so soll dann und wann diese Desinfektion wiederholt werden; sofort nach der Geburt werden dem Neugebornen die Augenlieder mit gekochtem Wasser abgewaschen und dann in jedes Auge ein Tropfen einer 2% Argent. nitric-Lösung verbracht.

Behandlung während des Wochenbettes: Absolute Bettruhe, Eisblase auf's Abdomen; event. Opium, gewöhnlich keine Vaginalspühlungen.

Rossier gibt uns in seiner *Monographie der weiblichen Gonorrhoe* eine recht hübsche Zusammenstellung alles Wissenswerten; der Specialist, wie der prakt. Arzt, kann sich über einschlagende Fragen sehr leicht informieren, hauptsächlich ist die *Therapie* zusammenfassend und klar abgehandelt; scheinbar sekundäre Heil-Faktoren werden richtig gewürdigt und detailliert beschrieben.

Dr. F. de Quervain, La Chaux-de-Fonds:

Zur Aetiologie der Pneumococcenperitonitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 15, pag. 457, 1902.)

v. Brunn hat vor einem Jahre eine sehr vollständige Zusammenstellung der diesbezüglichen Litteratur veröffentlicht; seither sind einschlagende Beobachtungen mitgeteilt worden von Michaut, von Brun und Lop; zu erwähnen wäre noch die von Hagenbach[1] im Jahre 1898 erschienene Mitteilung.

[1] Hagenbach, Ueber Diplococcenperitonitis bei Kindern. Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 19, 1898.

Die Häufigkeit der klinisch anscheinend *primär* auftretenden Peritonitis, hat die Mehrzahl der Autoren veranlasst, *dieselbe als ein klinisch scharf abgegrenztes, hauptsächlich dem Kindesalter und dem weiblichen Geschlecht zukommendes Krankheitsbild zu schildern.*

Zwei eigene Beobachtungen scheinen genügendes Interesse zu bieten, um hier kurz mitgeteilt zu werden:

1. Fall. 49jährige Patientin, unregelmässige, von der Mitte des Abdomens nach dem linken Hypochondrium sich hinziehende Schwellung; grosser fluktuirender Abscess; bei der vorgenommenen Spaltung gelangte man in eine grosse, buchtige, innerhalb der Bauchhöhle liegende Höhle, die mit keinem Bauchorgan in Zusammenhang zu stehen schien. *Der Eiter enthielt nichts als spärliche Pneumococcen.*

2. Fall. 10 jähriges, bisher gesundes Mädchen, wurde ohne prodromale Erscheinungen von hohem Fieber, heftigem Erbrechen und starken Bauchschmerzen befallen (13.-14. Mai). Es wurde, trotz eines nicht mehr ganz frischen Herpes labialis, an Perityphlitis gedacht. In Aether-Narkose Incision im Bereich der Dämpfung. Nach Eröffnung des deutlich verdickten Bauchfells flossen ungefähr 300 Gramm eines grau-weisslichen, geruchlosen Eiters aus. Der eingeführte Finger fühlte eine allseitig abgegrenzte Abscesshöhle im Bereiche des Blinddarmes; der Wurmfortsatz wurde nicht gefühlt. Die sofort vorgenommene Untersuchung des Eiters ergab zahlreiche Diplococcen, mit sehr schöner Kapsel (nach Gram).

Am 10ten Tage « post operationem » neue Temperatursteigerung: leichte Bronchopneumonie im rechten Unterlappen; das Sputum enthielt keine Pneumococcen.

Fall 2 repräsentirt das klassische Bild *der sogenannten primären Pneumococcen-Peritonitis der Mädchen.*

Am 24. Oktober wurde der Wurmfortsatz nach Doyen unter Abquetschung entfernt.

Prof. Tavel, der die bakteriologische Untersuchung, sowohl des Abscess-Eiters, als auch des Inhaltes des Wurmfortsatzes unternommen hatte, constatierte die Anwesenheit von Pneumococcen.

Das Hauptinteresse des vorliegenden zweiten Falles liegt in dem Umstande, dass der Proc. vermiformis noch 5 Monate nach Eröffnung des Abscesses reichlich Pneumococcen in seiner freien Höhle enthielt; es bleibt also die Annahme bestehen, dass es sich um eine wirkliche *Pneumococcen-Appendicitis* gehandelt hat. Fälle, in welchen der Pneumococcus mit dem Bacterium Coli zusammen bei Appendicitis gefunden wurde, sind von Achard, Brun, Tavel[1] und Lanz veröffentlicht.

Barbacci fand ferner unter 13 Perforativperitonitiden 8 mal den Diplococcus pneumoniae. Besonders wichtig sind endlich in dieser Hin-

[1] Tavel und Lanz, Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Basel 1893.

sicht die von KROGIUS mitgeteilten Untersuchungen. Auf 40 bakteriologisch untersuchte Fälle von Peritonitis nach Appendicitis fand derselbe nämlich 21 mal einen Mikroorganismus, der in den wesentlichsten Merkmalen mit dem FRÄNKEL'schen Pneumococcus übereinstimmte. Nur in Bezug auf die Tierpathogenität wichen sie mehrfach von dem gewöhnlichen Verhalten des letztern ab, insofern, als sie sich bei Mäusen und Kaninchen meist als wenig oder gar nicht virulent erwiesen.

DE QUERVAIN nimmt an, dass die Darmpneumococcen nur dann ihre Tiervirulenz mehr oder weniger verlieren, wenn sie sicht nicht in Reinkultur, sondern mit andern Darmbakterien zusammen entwickeln; des weiteren hält er dafür, dass, entgegen der herrschenden Ansicht, nicht nur das Vorkommen einer Pneumococcen-Appendicitis durch Infektion vom Darme her erwiesen ist, sondern auch, dass diesem Infektionsmodus, soweit man aus dem klinischen Verhalten der bisher beobachteten Fälle zu schliessen vermag, eine gewisse Bedeutung nicht abgesprochen werden kann.

Dieser Umstand scheint besonders wichtig zu sein im Hinblicke auf die Aufstellung einer *idiopathischen Pneumococcenperitonitis* des Kindesalters und die Differentialdiagnose zwischen dieser Erkrankung und der *Pneumococcenappendicitis.*

DE QUERVAIN gibt zum Schlusse folgende *ätiologische Einteilung der Pneumococcen*peritonitiden.

1. *Klinisch sekundäre Formen,* entstanden durch Infektion des Bauchfelles von einem klinisch nachweisbaren primären Pneumococcenherde aus, sei es auf dem Blut —, sei es auf dem Lymphwege. Als Infektionsquellen kennen wir:

1. Die obern Luft- und Speisewege.
2. Lunge und Pleura.
3. Den Magen-Darmkanal.
4. *Die weiblichen Genitalien.*

Ist auch bei Erwachsenen der Nachweis von Pneumococcenerweiterung in der Tube geleistet, so findet sich doch nur *ein* Fall, in dem dieser Weg mit einiger Warscheinlichkeit angenommen werden kann. Für die Pneumococcenperitonitis kleiner Mädchen diesen Infektionsweg anzunehmen, dafür liegen bis jetzt keine positiven Anhaltspunkte vor.

2. *Klinisch primäre Form.* Hierher müssten wir alle die Fälle rechnen, bei denen weder ein primärer Herd, noch eine ursächliche Erkrankung nachgewiesen werden konnte.

De Quervain zieht für die *Praxis* folgende Consequenzen:

« Es dürfte bis auf weiteres ratsam sein, die *sicher* im Bereich des *Wurmfortsatzes* aufgetretenen Pneumoeocceneiterungen, soweit sie nicht Komplikationen einer anderweitigen, vorher bestehenden Pneumococcenerkrankung (Pneumonie, Bronchitis) darstellen, nicht anders zu behandeln, als andere Wurmfortsatzeiterungen auch, nämlich mit Eröffnung des Abscesses, sobald er abgekapselt ist und mit nachträglicher Entfernung des Wurmfortsatzes und Excision der einen Bauchbruch fast sicher in Aussicht stellenden ersten Incisionsnarbe etc.

Eine bestimmtere Indikationsstellung wird beim weiblichen Geschlechte erst dann möglich sein, wenn wir die bis jetzt unbewiesene Rolle des Genitaltraktus bei der Pneumococcenperitonitis kleiner Mädchen kennen werden, und wenn wir vielleicht auch im Stande sein werden, aus den Eigenschaften des jeweilen gefundenen Pneumococcus (Tiervirulenz) auf seinen Ursprung zu schliessen. »

Anmerkung des Referenten: Die Frage der *Pneumococcenperitonitis* ist auch für den Gynækologen äusserst interessant, umsomehr die «*primäre Pneumococcenperitonitis*» hauptsächlich bei Mädchen vorzukommen scheint; es dürfte angezeigt sein, kurz auf die Hagenbach'sche Arbeit zurückzukommen, um so einen Gesamtüberblick über die uns interessierende Frage zu gewinnen·

Prof. E. Hagenbach-Burckhardt, Basel:

Ueber Diplococcenperitonitis bei Kindern.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 19, pag. 577, 1898.)

Boulay hat es zu Stande gebracht bei Meerschweinchen jedesmal Peritonitis zu erzeugen, wenn er den Pneumococcus Fränkel zugleich mit festem Material in's Peritoneum brachte. Bruns impfte Meerschweinchen intraperitoneal mit pneumococcenhaltigem Sputum und erzeugte so eine tötliche, stark eitrigfibrinöse Peritonitis. Comby machte darauf aufmerksam, dass die Erkrankung secundär auftreten kann, anschliessend an eine Pneumonie oder an eine andere Lokalisation des Pneumococcus. Oft ist die Erkrankung aber primär, verläuft mehr oder weniger cyclisch und ähnlich wie eine genuine croupöse Pneumonie. F. Brun hebt hervor, dass bei seinen gesammelten Fällen die *Mädchen* bedeutend prävaliren: auf 11 Mädchen kommen nur 3 Knaben.

Hagenbach gibt nun zwei instruktive Krankengeschic Mädchen von 2 und eines von 6 Jahren betreffend:

Beide Male war der Beginn ein acuter und die ersten Symptome ware Seiten des Bauches resp. des Peritoneums: Vergrösserung des Leibes, Dr lichkeit, Fieber und sehr gestörtes Allgemeinbefinden. In beiden Fälle Erkrankung der Lungen voraus; die bacteriologische Untersuchung bra sehr gewünschte Aufklärung. Während wir im ersten Falle schwankt Typhlitis und tuberculöser Peritonitis, und erst nach der Operation u bacteriologischen Untersuchung beides sicher ausgeschlossen werden ko sich im zweiten Falle, dass der Abscess des Oberschenkels zurückzufüh eine Pneumococcenperitonitis. Ebenso konnten alle weiteren Eiterungen al der Pneumococcen erkannt werden etc.

In beiden Fällen musste namentlich der gutartige Verlauf und die ras aller Abscesse und auch der Peritonitis selbst auffallen. Beide Fälle heilte Complicationen vollständig in relativ kurzer Zeit.

Dr. Schwarzenbach, Zürich:

Die Myomfälle der Frauenklinik in Zürich in den letzten 1

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie. Band VI, Heft 1,

Es sollen die Erfahrungen möglichst objektiv und knapp werden, welche an einem ziemlich reichen Materiale unter ein Leitung gemacht wurden.

Zur Aufnahme kamen im ganzen 393 Fälle von Uterusmyom gehend in jeder Richtung besprochen werden.

Zum Schlusse drückt sich Schwarzenbach folgendermassen

« Aus der starken Abnahme der Zahl der « *Kastrationen* » gefolgert werden, dass diese Operation in absehbarer Zeit fü handlung der Myome etwa ganz entbehrlich werde. Sie gibt vitam » eine so gute Prognose, dass ihre alten Indikationen we kannt werden müssen, wenn auch die fortschreitende Technik der Eingriffe sie vielleicht noch ein wenig einschränken wird.

Die « *Enukleation ohne Kastration* » muss « a priori » als di Operation angesehen werden, mit welcher höchstens die *Zu Resectio uteri,* d. h. die möglichst hohe Amputation mit Erhal Ovarien und einem Stück Korpusschleimhaut konkurrieren Gegenüber dem letzteren Verfahren hat die « Enukleation o tration » den Vorteil, dass sie die Konzeptionsfähigkeit erhält,

aber den Nachteil, dass dadurch keine absolute Sicherheit gegen « Recidive » (im klinischen Sinne) erreicht wird.

« Der üble Einfluss, der von vielen Autoren betonten ungünstigen Wundverhältnisse, ist auch an unseren Resultaten sichtbar. Wenn auch keine schwere Nachblutung vorkam, so übersteigt doch die Mortalität an *Sepsis* diejenige bei der Amputation. Es kamen in den Jahren 1893 bis 1900 drei Sepsis-Todesfälle bei 48 « Enukleationen ohne Kastration » vor, gegenüber drei solchen Exitus auf 77 suprav. Amputationen. Der Unterschied ist immerhin nicht so gross, dass wir uns der Abneigung mancher Operateure gegen diese konservative Operation anschliessen möchten.

Unsere Erfahrungen dürfen vielmehr als wertvoller Beitrag zur Rechtfertigung der Behandlung von Uterusmyomen mit « Enukleation ohne Kastration » angesehen werden, wenn sie auch zu strenger Beschränkung auf wirklich geeignete Fälle ermahnen.

« *Die Enukleationen mit Kastration* » gaben ähnliche Resultate, nämlich 2 mal Sepsis auf die 30 Fälle der Jahre 1893 bis 1900, also ebenfalls ein schlechteres Ergebnis, als die Amputationen. Wenn nun auch feststeht, dass bei Starrheit des Beckenbodens (meist durch Exsudate bedingt) die Radikaloperationen schwieriger und gefährlicher sind, als die « Enukleation mit Kastration », so wird doch das letztere Verfahren künftig noch seltener gewählt werden, da die Prognose der Amputation sich so bedeutend gebessert hat.

Jedenfalls wird in den Fällen, welche für die Amputation nicht ungünstig liegen, diese Operation der Enukleation mit Kastration vorzuziehen sein, sofern wenigstens das Myom nicht ganz oberflächlich liegt oder gestielt ist.

Eine der wichtigsten Streitfragen in der modernen Myombehandlung betrifft die Entscheidung, in wie weit die « *supravaginale Amputation* » durch die « *Totalexstirpation* » zu ersetzen sei. Unsere Zahlen beweisen, dass man sich an unserer Klinik bestrebt hat, den neuesten Lehren zu folgen. Demnach hatte sich die Totalexstirpation im letzten Jahre einer ausserordentlichen Bevorzugung zu erfreuen und gleichzeitig besserten sich auch die Erfolge dieser Operation ganz bedeutend. Zu einem Vergleiche der beiden konkurrierenden Verfahren wollen wir daher für die Totalexstirpation nur das Jahr 1900 berücksichtigen, für die Amputation aber die Jahre 1893 bis 1900, da in diesem Zeitraum

die Methode und die Resultate der Amputation konstant geblieben sind. Nach Ausschaltung der accidentell verursachten Todesfälle bleiben *3 Exit. let. auf 77 Amputationen* (1 Ileus und 2 Sepsis) und *3 Ex. let. auf 31 Totalexstirpationen* (alle 3 Sepsis) d. h. 4 % gegen 9 % Mortalität.

Da ohne unvorherzusehende wesentliche Änderungen der Methode die Totalexstirpation keine bedeutende Verbesserung ihrer Ergebnisse erwarten lässt, verpflichten uns diese Zahlen zu dem Schlusse:

Dass die Uterusmyome künftig mit supravag. Amputation und nicht mit Totalexstirpation behandelt werden müssen, sofern nicht die bekannten speziellen Indikationen (Cervixmyom oder malignes Neoplasma) zur Totalexstirpation vorliegen.

Dass wir trotz aller Fortschritte der Technik immer noch Operierte verlieren, rührt zum grossen Teil daher, *dass die Kranken zu spät zur Operation kommen.* »

Dr. F. Suter, Basel:

Ueber einseitige renale Hæmaturie, bedingt durch Teleangiektasien des Nierenbeckens.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Emil Burckhardt in Basel.

(Sonderabdruck aus: Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. XIII. Band, Heft 1, 1902.)

Suter berichtet über einen Fall von einseitiger renaler Hæmaturie, in welchem die Untersuchung eine eigentümliche angiomatöse Erkrankung des Nierenbeckens bei Intaktsein der andern Niere ergab.

Es handelt sich um einen Fall, bei dem klinisch nur einseitige renale Hæmaturie konstatiert werden konnte. Bei der Operation wurde die Niere äusserlich normal gefunden und erst die Eröffnung des Nierenbeckens deckte Veränderungen desselben auf, die für das Auge sehr unbedeutend erschienen, für die Krankheit aber sehr bedeutsam waren.

Folgt die Krankengeschichte, so wie die makroskopische und mikroskopische Beschreibung des gewonnenen Präparates: « *Es bleibt wohl nichts anderes übrig als die beschriebenen Veränderungen als Angiome zu be-*

zeichnen. Bei dem Prozess handelt es sich um Neubildung von Kapillaren unter und in dem Epitelbelag des Nierenbeckens und der Ureterschleimhaut und sekundär stellenweise um den Verlust des Epithels und um Hæmorrhagien aus den weiten, zarten Gefässen. »

Einzig 2 Fälle von Fenwick weisen Ähnliches auf.

Prof. Dr. Tavel, Bern:

Ueber die Wirkung des Antistreptococcenserums.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift. Nr. 28 bis 33, 1902.)

Tavel kommt einleitend auf die *Virulenz der Streptococcen* zu sprechen, sodann auf den *Mechanismus der Infektion* und die *Immunisierung*.

Marmorek war von der Ansicht ausgegangen, dass alle Streptococcenarten, die bei menschlichen Infektionen beobachtet werden, nur Varietäten einer einzigen Art darstellen, und dass das Serum, welches mittelst einer Varietät erzielt wird, auch die anderen Varietäten beeinflussen müsste. Ferner nimmt der gleiche Forscher an, dass die Virulenzerhöhung, die auf dem Wege von Kaninchenpassagen eintritt, auch gegenüber dem Menschen bestehen bleibt, ein Standpunkt, der durch spätere Arbeiten von Petruschky, von van de Velde und Tavel als ein falscher sich erwies.

In einer durch Experimente sehr gut gestützten Arbeit zeigte van de Velde, dass das Serum eines Tieres, das mittelst einer bestimmten Streptococcenart immunisiert worden ist, meistens nur gegenüber seinem homologen Streptococcenstamm wirkt und dass heterologe Arten durch dasselbe Serum gar nicht, oder nur schwach, beeinflusst werden.

Diese Befunde brachten van de Velde zur Ueberzeugung, dass es zur Gewinnung eines Serums nötig sei, die Immunisierung vermittelst vieler Streptococcenarten auszuführen und auf diese Weise ein « *polyvalentes Serum* » zu erhalten.

Bei diesem Verfahren behielt man jedoch das Marmorek'sche Princip der Virulenzerhöhung mittelst Tier-Passage bei, trotzdem es von vornherein nicht logisch erscheint, anzunehmen, dass Bakterienarten, die mittelst Passage durch Kaninchen für den Menschen virulent geworden sind, ein Serum liefern würden, das bei menschlichen Infektionen gut wirken sollte.

Diese Erwägung hat Tavel zur Ueberzeugung gebracht, dass die Immunisierung der serumproducierenden Tiere vom Principe auszugehen hat, *dass dabei nur Streptococcenarten anzuwenden sind, die von schweren menschlichen Infektionsprozessen herstammen und die in ihrer Virulenz keine Veränderung erfahren haben.*

Tavel teilt nun 46 Fälle mit, die mit dem von ihm dargestellten « *polyvalenten Serum* » behandelt worden sind.

Den Gynækologen interessieren *11 Fälle von Puerperalfieber oder Complicationen bei der Geburt,* die so kurz wie möglich wiedergegeben werden sollen:

1. Fall. *Puerperalfieber.* — Cantonales Frauenspital in Bern. Von einer Hebamme wegen Blutung tamponiert. Einleitung des Abortus und manuelle Ausräumung am 9. Mai. *Exitus* am 24. Mai; « in toto » 6 cm³ Antistreptococcenserum. Thrombose der Uterusgefässe etc.

2. Fall. *Puerperalfieber.* — Cantonales Frauenspital in Bern. Gewaltiger Prolaps des schwangeren Uterus. Temperatur während der Geburt 39.7. Vom 12. V. bis 16. V. 60 cm³ Serum. *Exitus.* Eitrig infiltrierte Uteruswände.

3. Fall. *Endometritis puerperalis septica.* — Cantonales Frauenspital in Bern. Geburt am 16. April 1901. Expressio placentæ. 23. IV. 39.8. 110. Lochien blutig und übelriechend. 24. IV. Eintritt ins Spital. Intrauterine Lysol-Spühlung; Entfernung von Placentarresten mit der Curette und Jodoformgaze-Tamponade. Vom 26. IV. bis 5. V. im ganzen 15 Dosen Serum. Pat. ist immer noch am Leben, hat aber stets hohe Abendtemperatur, so am 26. Mai 39.6 und 124. Das Abdomen ist fast gar nicht mehr aufgetrieben; dagegen sind die Lungen noch stark engagiert. Leider konnte das Serum nicht gleich von Anfang an angewendet werden.

4. Fall. *Puerperalfieber.* — Dr Jakob Nadler in Seen. Behandlung mit Streptococcenserum nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Einlegen von Kolpeurynter; Sprengung der Blase und Wendung auf den rechten Fuss; Cervixriss (14. XII). Am 17. XII. morgens einmal Schüttelfrost. Temperatur 38.0. Abends 39.1. 104. *Keinerlei Localsymptome.* « In toto » 20 cm³ Serum-Heilung.

« Die Prognosenstellung bei Puerperalfieber ist ja bekanntlich (?) recht Gefühlssache und hatte ich den Eindruck, dass die Krankheit ohne Streptococcenserumbehandlung zum Tode geführt hätte ». (?)

5. Fall. *Puerperalfieber.* — Dr Kaiser. Zwillingsschwangerschaft; zwischen der Geburt des ersten und derjenigen des zweiten Kindes ist von der Hebamme oft innerlich untersucht worden. Geburt am 30. V. Am 1. Juni abends stellte sich Fieber ein, welches in den darauffolgenden Tagen 40° und mehr erreichte. Schmerzhafte Schwellungen am linken Ober- und Unterschenkel. Am 7. Mai wurde mit Antistreptococcenserum begonnen. « In toto » bis zum 17. Mai ca. 110 cm³. Als man die Serumtherapie aussetzte, stieg die Temperatur wieder; die Injektionen wurden deshalb bis zum 25. Juni fortgesetzt. Im Juli stieg die Temperatur nie mehr über 37.4.

6. Fall. *Synchondrositis sacro-iliaca dextra* nach Geburt. — Dr Dick und Prof. Tavel. Zangengeburt am 21. April. Am 30. April zum erstenmal Serum 30 cm³, dann

während der drei folgenden Tage je 10 cm³. Am 9. Mai wieder Schmerzhaftigkeit im Becken und Ansteigen der Temperatur. 10., 12. und 14. Mai je 10 cm³. 15. Mai Befinden wieder gut.

7. Fall. *Puerperalfieber.* — 17. Dez. 1901 manuelle Placentarlösung. 20. Dez. Maximaltemperatur 38.7. 128. 21., 22. und 25. Serum. Temperatur zwischen 38-39 in den folgenden Tagen. 7. Januar 1902: Wohlbefinden.

8. Fall. *Puerperalfieber.* — Heilung. Pat., welche nach der ersten Injection eine Steigerung der Temperatur bekam, wies alle weiteren Injectionen hartnäckig zurück.

9. Fall. *Puerperalfieber.* — 5. Sept. 1901 manuelle Placentarlösung. Am 18. Tage nach der Geburt gewaltige Blutung. 1. Okt. morgens 38.5. 120; nachmittags 39.8. Filiformer Puls. 20 cm³ Serum. Am 2. Okt. morgens 37.5. 111. Nachmittags 37. 100. 10 cm³ Serum. 3. Okt. 36.5. 94. 10 cm³ Serum. 7. Okt.: Pat. geht es gut, sie steht auf.

10. Fall. *Abortus. Metritis septica.* — Erscheinungen allgemeiner Sepsis. Vom 2. bis 15. Nov. 60 cm³ Serum.

« Ich habe den Eindruck, schreibt Dr Dick, dass die Seruminjectionen zunächst den allgemeinen septischen Zustand wesentlich abgekürzt haben. »

11. Fall. *Puerperalfieber* nach künstlicher Einleitung der Frühgeburt. — Auf Injection von drei Dosen Streptococcenserum bessert sich der Allgemeinzustand am 3. Tage sehr wesentlich. Die Pat. konnte in kurzer Zeit als geheilt entlassen werden.

Dr. B. Tschlenoff, Bern:

Die Sitzbäder, deren physiologische Wirkung und Indikationen für Anwendung derselben.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 21, pag. 649. 1902.)

Es ist wünschenswert und notwendig, dass jeder praktische Arzt diese einfache hydriatische Procedur genau kennt. Wir müssen *kalte, kühle* und *warme* resp. heisse *Sitzbäder* unterscheiden:

I. *Kalte Sitzbäder:* In den ersten Augenblicken zeigen die Badenden ausgesprochene Zeichen von Blutandrang zum Kopf; die Temperatur der Achselhöhle steigt um einige Zehntel. Es ist klar, dass in dem Gebiete, welches mit dem kalten Wasser in Berührung kommt, die Hautgefässe sich verengern und dass das Blut nach andern Körperteilen verdrängt wird; aber auch die Unterleibsgefässe contrahieren sich, nur so erklärt sich die bedeutende Blutwallung gegen den Oberkörper.

Die Verengerung der Blutgefässe, der mit dem Wasser in Berührung kommenden Hautpartien und der Blutgefässe der Unterleibsorgane, ist also die unmittelbare, wesentliche Wirkung, der kalten Sitzbäder. Weiter

käme in Betracht eine *Erregung* der zahlreichen sensiblen und der motorischen Nerven und Nervencentra der Sexualorgane, Blase, Darm, Sphinkteren, etc., sowie eine *Herabsetzung der lokalen Temperatur* der eingetauchten Teile.

A. *Das kalte, kurzdauernde Sitzbad* (3-5 höchstens 10 Minuten und 8-15° R.): Man konstatiert nach Verlassen des Bades das Eintreten der sog. *Reaktion*: Rötung und Gefässerweiterung der vorher eingetauchten Partie.

Gestützt auf diese Tatsachen kämen für das «*kalte Sitzbad*» also folgende *Indikationen* in Betracht (Es werden hier nur die gynækologischen Indikationen erwähnt):

1. Spärliche Menstruationen, Amenorrhoen und auf Anæmie beruhende Fälle von Fluor albus, sowie Erschlaffung der Gebärmutter.
2. Paretische Zustände der Blasenmuskeln, wenn sie nicht mit akuten Blasenkatarrhen verbunden sind, ebenso wie Schwäche des Sphinkter ani und Vorfall des Rectums.

Für die *kalten, kurzen Sitzbäder* gelten folgende *Gegen-Indikationen*:

Alle diejenigen Zustände der Unterleibsorgane, Becken- und Geschlechtsorgane, bei denen eine erhöhte Blutzufuhr zu denselben von schädlichem Einflusse sein könnte, als Menorrhagie und Metrorrhagie, Blasenentzündungen und Katarrhe mit Tenesmen.

B. *Das kalte, länger dauernde Sitzbad* (10-30 Minuten, 8-15° R.):

Die Hauptwirkung ist dauernde Verengerung der Hauptgefässe der eingetauchten Körperteile und dauernde reflektorische Verengerung der Blutgefässe sämmtlicher Unterleibsorgane: Herabsetzung der Erregbarkeit im ganzen Nervengebiet; Herabsetzung der *Funktion* und des lokalen Stoffwechsels in den betreffenden Organen.

Indikationen:

Blutungen und Entzündungen der Becken- und Unterleibsorgane.

Gegen-Indikationen:

Blasenkatarrhe, wenn dieselben mit Tenesmus verbunden sind.

II. *Kühle, temperierte Sitzbäder* (5-15-30 Minuten, 26-24-16° R.):

Die physiologische Wirkung besteht in einer allmählig eintretenden Herabsetzung der Temperatur der eingetauchten Teile.

Indiciert:

Bei Entzündungen der Gebärmutter und der Ovarien, bei Fluor albus, bei Entzündungen um die Harnröhre, um das Rektum und den Mast-

darm, bei Entzündungen von Hämorrhoidalknoten; auch bei Blasenkatarrhen und Gonorrhoen etc., etc.

III. *Warme und heisse Sitzbäder* (30 und mehr Minuten, 26-31° R.):

Die Wirkung derselben besteht in der Herbeiführung einer *Hyperæmie* der Haut, sowie der Becken- und Geschlechtsorgane. Diese Hyperæmie, namentlich bei länger dauernden, warmen heissen Sitzbädern, hat gegenüber der aktiven, reaktiven Hyperæmie, nach kalten, kurzen Sitzbädern, den Charakter der passiven Gefässerweiterungen. — *Herabsetzung der Erregbarkeit,* namentlich der gesteigerten Erregbarkeit nervöser und muskulöser Gebilde.

Indikationen:

Kolikartige Schmerzen und spasmotische Krampfformen der Beckenorgane und Geschlechtsteile, wie schmerzhafte Tenesmen bei Blasenkatarrhen, kolikartigen Schmerzen bei Menstruationsstörungen (? Beuttner) und klimakterische Beschwerden, die mit spärlichen Blutungen verbunden sind; abgelaufene Entzündungen, bei zurückgebliebenen chronischen Schwellungen und Exsudaten der Beckenorgane.

Dr. E. Tschudy, Zürich:

Ueber einen Fall von Doppelbildung der linken Niere mit Pyonephrose des einen Nierenbecken-Harnleitersystems.

Aus dem Theodosianum in Zürich.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 13, pag. 400, 1902.)

25jährige Frau; im Januar 1898 *acute Cystitis*; gravid im 5. Monat; auf geeignete Behandlung hin besserte sich der Zustand, aber schon Ende Februar traten Schmerzen in der l. Lumbalgegend ein; Temperatur bis auf 39.5°. *Nach und nach bildete sich zwischen unterm Brustkorbrand und Darmbeinkamm links eine deutliche Schwellung aus; dann kam es eines Tages zur Entleerung einer beträchtlichen Menge Eiters mit dem Urin,* und damit fiel zugleich das Fieber. Solcher Anfälle folgten sich eine ganze Reihe. Pat. kam immer mehr herunter, so dass Dr Meier-Wirz sich veranlasst sah, am 9. Mai 1898 die künstliche Frühgeburt einzuleiten. *Sogleich nach der Geburt* (gesunder Knabe am 12. V.) *fiel die Temperatur zur Norm zurück.* Nach zwei Monaten traten dieselben Anfälle von intermittirender Pyurie wieder auf. Dr Hottinger cystoscopierte und sondierte die Ureteren: *die Kathetrisation der Ureteren ergab aus beiden Nieren durchaus normalen Urin.* Im Frühling 1900 kam Patientin ins Theodosianum zur Beobachtung. Sie hatte kurz vor ihrem Eintritt unter den gewohnten Erscheinungen eine bedeutende Menge Eiter im Urin entleert. Eine genaue Untersuchung der Nierengegenden und der gesamten Beckenorgane in Narkose hatte ein vollständig negatives Resultat; auch wiederholte Untersuchung des Sedi-

mentes auf Tuberkelbacillen ergab negativen Befund; es fehlten auch jetzt (wie schon früher) jede Anhaltspunkte für eine Nierenaffektion.

Merkwürdigerweise blieb nun die Patientin *ein volles Jahr vollständig frei von Beschwerden.* Anfangs April 1901 schwere *Influenza* und im Anschlusse daran die alten Erscheinungen intermittirender und schliesslich ziemlich kontinuierlicher Pyurie.

Am 3. Juni 1901 *Wieder-Eintritt ins Theodosianum:*

Urin trübe, in normalen Mengen entleert, Eiterzellen, keine Cylinder. *Auch in Narkose kann eine Vergrösserung oder Dislokation der Nieren nicht gefunden werden, die Umgebung beider Nieren erscheint vollständig frei; dagegen fühlte man den linken Ureter als daumendicken Strang und konnte ihn von seiner Durchtrittsstelle in der Blasenwand bis über den Beckeneingang hinaus ausserordentlich deutlich abtasten. Cystoscopie:* Aus der linken Ureteröffnung sieht man von Zeit zu Zeit dicken Eiter austreten. Aus der rechten Ureteröffnung kommt klarer Urin.

Was lag da nun vor? Das Wahrscheinlichste schien an *multiple Abscesse im Nierenparenchym* zu denken. Wir erklärten uns die intermittierende Pyurie durch successives Durchbrechen dieser Abscesse nach dem Nierenbecken.

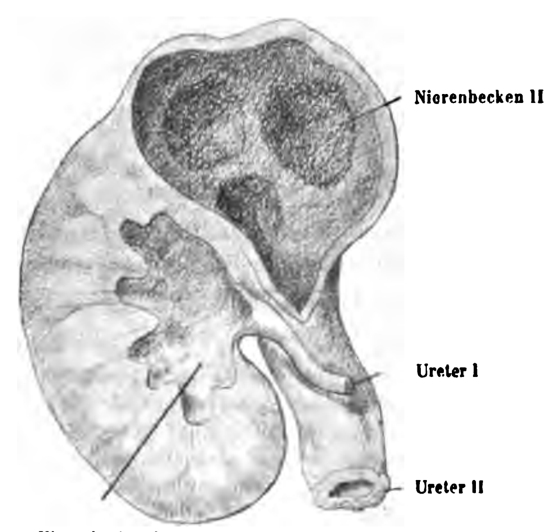


Fig. 13.
Querschnitt durch die l. Niere.
(1/2 der nat. Grösse.)

Operation am 8. Juni 1901. Die ganze obere Hälfte der linken Niere vergrössert und durchweg fluktuierend, wie eine Cystenniere. Exstirpation des Organes.

Die Untersuchung der exstirpierten Niere ergab nun folgendes (siehe Fig. 13):

«Das ganze Organ erscheint nahezu um das Doppelte vergrössert; die untere Hälfte hat das Aussehen einer normalen Niere, die obere Hälfte ist umfangreicher, grosshöckerig und fluktuiert durchweg. Bei genauer Inspektion und nach Spaltung der Niere macht man die Entdeckung, *dass eine vollständige Doppelbildung des Nierenbeckens und Ureters vorliegt,* d. h. die Niere besitzt in ihrer obern und untern Hälfte je ein von dem andern vollständig getrenntes Nierenbecken samt zugehörigem Ureter. Unteres Nierenbecken und Ureter, sowie das zugehörige Parenchym erscheinen makroskopisch durchaus normal, während das obere Nierenbecken mit seinem Ureter einen faustgrossen, mehrbuchtigen, mit dünnflüssigem Eiter gefüllten Sack bildete. Von Nierenparenchym ist makroskopisch im oberen Teil der Niere nichts mehr zu sehen. Es handelte sich also um eine *Pyonephrose des oberen Nierenbeckens mit Schwund des zugehörigen Parenchyms.*

An diesen interessanten Fall knüpft Tschudy zum Schlusse noch einige *epikritische Bemerkungen* an.

Dr. M. Walthard, Bern:

Zur Prophylaxe und Naht des Rectum-Damm-Vaginalrisses (Dammriss 3. Grades, kompleter Dammriss) und der Recto-Vaginalfistel.[1]

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 2 und 3, 1902.)

Die Prophylaxe des kompleten Dammrisses, als auch die heute am häufigsten geübte Technik der Wiedervereinigung der durchrissenen Gewebe, entbehrt der nötigen Sicherheit.

Komplete Dammrisse kommen viel häufiger nach operativ beendigten Geburten, als nach Spontangeburten, zur Beobachtung und dabei viel häufiger bei Erstgebärenden, als bei Mehrgebärenden. (Zangenentbindungen.) Von grösster Bedeutung für die Dehnung des Dammes ist die Einstellung, in welcher der kindliche Kopf den Austrittsmechanismus vollzieht; es ist demnach vor allem eine genaue Kenntniss des Austrittsmechanismus der verschiedenen Kopfeinstellungen notwendig.

Walthard kommt nun zuerst auf die *Flexionslagen,* d. h. den Austrittsmechanismus der 1. und 2. gewöhnlichen Hinterhauptslagen mit nach vorne links und rechts rotiertem Hinterhaupt und auf den Austrittsmechanismus der 3. und 4. Hinterhauptslage mit nach hinten links resp. rechts rotiertem Occiput zu sprechen. (Siehe Fig. 14.) Dann kommt

[1] Nach einem Vortrag im medizin. Bezirksverein zu Bern.



Fig. 14.
Austrittsmechanismus der Positio occipitalis posterior.
- - - - = Circumferentia occipito frontalis = 34 — 34.5 cm.



Fig. 15.
Austrittsmechanismus der Vorderhauptslage (nach Dœderlein)
.... = Circumferentia fronto-occipitalis = 34 | 34.5 cm.



Fig. 16.
Austrittsmechanismus der Gesichtslage (nach Doederlein).
...... = Circumferentia fronto-parietale = 34.5 — 35 cm.

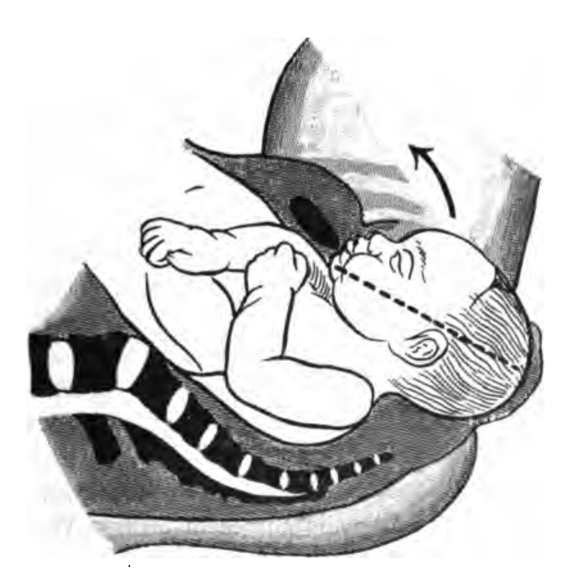


Fig. 17.
Fehlerhafter Austrittsmechanismus der Gesichtslage; das Kinn bildet den Drehpunkt, weshalb die Circumferentia mento-occipitalis durch die Vulva tritt. Nur bei Zangengeburten vorkommend.
= Circumferentia mento-occipitalis = 36.5 — 37.5 cm.

der Austrittsmechanismus der Vorderhauptlagen *(Deflexionsl* die Reihe (siehe Fig. 15, 16, 17 und 18.) Zum Schlusse folgt trittsmechanismus des nachfolgenden Kopfes: 1. Rücken na 2. Rücken nach hinten.



Fig. 18.
Austrittsmechanismus der Stirnlagen (nach DOEDERLEIN).
Circumferentia maxillo-parietale posterius = 35.0 — 35.5

Die Prophylaxe des kompleten Dammrisses und der Rect resp. *Recto-perinealfistel:*

Da die grosse Mehrzahl der Recto-vaginal resp. perinealfi partiell geheilten kompleten Dammrissen entsteht, so fällt ihre laxe mit derjenigen der kompleten Dammrisse zusammen. — ausnahmslose Auftreten des kompleten Dammrisses bei Zangen sowie bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes, erleichtert di führung prophylaktischer Massregeln; *denn in der H Arztes selbst kann die Prophylaxe, hervorgegangen aus der Erkenntniss der Aetiologie, zu den schönsten Resultaten führ*

WALTHARD stellt nun folgende allgemein gültige Vorschri

1. *Bei der Extraction des Kopfes durch die Vulva ist stet der einzelnen Kopfeinstellung gehörige, natürliche Austrittsmec nachzuahmen.*

2. *Die Extraction ist, sofern das mütterliche und kindlic es erlauben, möglichst langsam zu vollziehen.*

3. *Bei grossem Kopf und bei Kopfeinstellungen, bei welchen während des Austrittsmechanismus abnorm grosse Kopfumfänge die Vulva passieren, ist das schon vielfach empfohlene Abnehmen der Zange, vor völliger Entwicklung des Kopfes, eine empfehlenswerte, prophylaktische Massregel.*

Die Naht des kompleten Dammrisses.

1. *Die Naht des frischen kompleten Dammrisses post partum.*

Freilegung des Wundgebietes durch das von Fritsch (Lehrbuch der Krankheiten der Frauen, 1900) zuerst angegebene Hilfsverfahren:

In Steinschnittlage wird rechts und links je eine Sutur unten durch die durchrissenen Enden des Sphincter ani externus und oben durch die Wundränder des Introitus vaginæ gelegt. Durch Zug der unteren Suturen nach unten und vorne und gleichzeitigem Zug der oberen Suturen nach oben und vorne werden die Wundränder des Darmrohres, sowie die Vagina, gestreckt und das zwischen beiden Wundrändern liegende Gewebe rectovaginale kommt in seiner ganzen Ausdehnung zu Gesicht. (Fig. 19.)

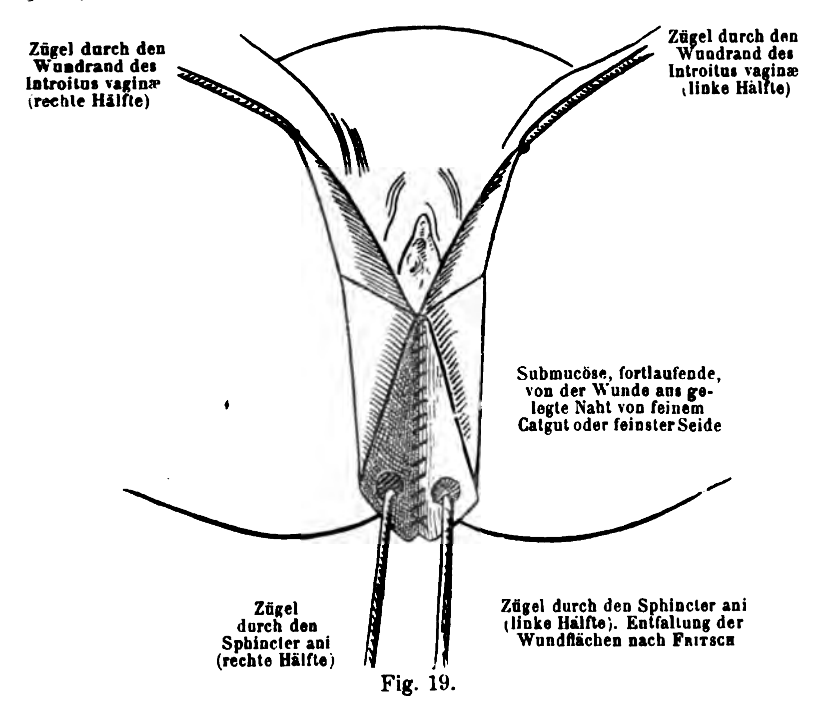


Fig. 19.

Anmerkung des Referenten: Siehe die sehr schönen und äusserst instruktiven Abbildungen über die verschiedenen Arten der Scheiden-Dammrisse und deren operativer Wiedervereinigung in E. Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. XXIV. Vorlesung.

Walthard legt dann, nach Lauenstein's Vorschlag, eine fortlaufende Naht von der Wunde aus in das Gewebe unter der Darmschleimhaut, also *submuccös* und nicht durch die Darmschleimhaut (Fig. 19). Die Naht beginnt ca. 1 cm. hinter dem inneren Ende des Darmschleimhautrisses, in der unzertrennten, submucösen Darmmuskulatur, um unter dem durchrissenen Sphincter ani externus zu enden; als Nahtmaterial benutze man feinste Seide oder guten, feinen Catgut. Vereinigung der Enden des Sphincter ani externus durch je eine Knopfnaht an seinem vorderen und hinteren Umfang (Fig. 20). Den Riss in der Vagina, Introitus vaginæ,

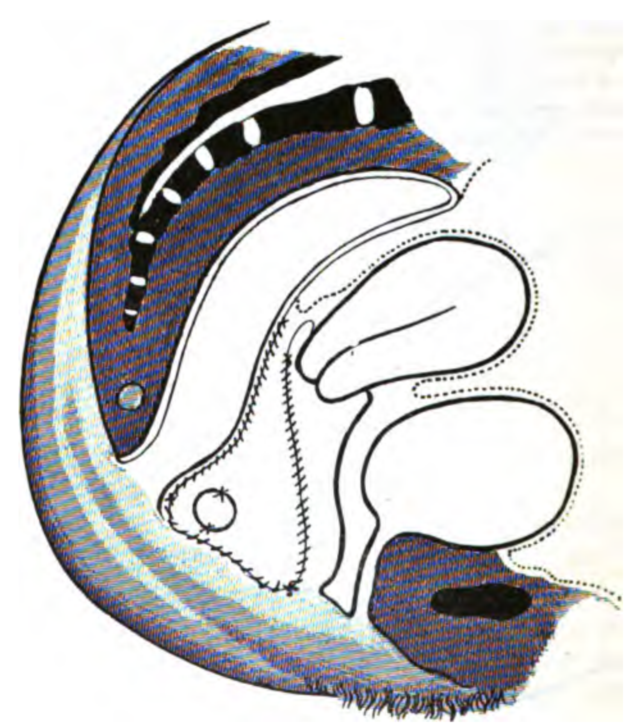


Fig. 20.
Dreiseitige fortlaufende Naht der Dammwundränder nebst Sphincterennaht.

Perineum und Anus schliesst eine in der Vagina beginnende Catgutnaht. Eine antiseptische, trockene Vorlage bedeckt die äusseren Nähte.

Für die Nachbehandlung ist das Einführen eines Darmrohres (Gummidrain) in die Ampulla recti sofort « post operationem » wichtig. Das Rohr

bleibt 5×24 Stunden permanent liegen. Am Abend des 6. Tages werden 200 cm³. Olivenöl durch das Darmrohr in die Ampulla recti gespritzt.

Am darauffolgenden Morgen werden 1-2 Esslöffel Oleum Ricini verabreicht.

2. *Die Naht des vernarbten kompleten Dammrisses.*

WALTHARD gibt von den in der Litteratur empfohlenen Methoden denjenigen den Vorzug, welche die Wundflächen möglichst intakt erhalten; er bringt eine *Kombination der Spaltungsmethode* von FRITSCH mit gleichzeitiger Auslösung des Narbengewebes auf der Dammwundfläche nach KÜSTNER und WALCHER zur Anwendung:

« Die spitze Branche einer geraden Scheere wird am Uebergang des Rectum in den Anus und am Uebergang der Vagina in den Introitus vaginæ submucös eingestochen und zunächst unten die Darmschleimhaut und alsdann oben die Vaginalschleimhaut von dazwischen liegendem Narbengewebe abgetrennt. Nun wird die Narbe rechts und links in ihrer Verbindung mit der Cutis des Perineums durchtrennt und schliesslich das dreieckige, auf seiner Unterlage bewegliche Narbengewebe von darunter liegendem Gewebe abgelöst etc. Hierauf folgt die Naht des Darmrohrs, des Sphincter ani, des Vaginalrohrs und der Cutis am Damm. »

Die Naht der Recto - Vaginalfistel.

Liegen die Fisteln in höheren Abschnitten, so ist es zweckmässig, die Fistel in toto zu umschneiden und die Vaginalschleimhaut nach rechts und nach links, wie bei der Kolporrhaphia posterior, vom Rectum abzulösen. Hierauf folgt eine fortlaufende Naht der Rectumwand, darüber eine fortlaufende Naht der Scheidenwundränder.

Liegt die Fistel nahe beim Damm oder gar im Damm in Form einer Rectoperinealfistel, so ist es am sichersten, den Damm durch den Fistelgang bis in's Rectum zu spalten und die in einen kompleten Dammriss rückverwandelte Fistel, wie einen vernarbten kompleten Dammriss durch Narbenauslösung, Spaltung und Naht zu behandeln.

Anmerkung: Siehe die an den WALTHARD'schen Vortrag sich anschliessende *Discussion* unter: ***Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften:*** Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein, Bern.

Dr. M. WALTHARD, Bern:

Die bacteritoxische Endometritis.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band XLVII. Heft 2.

Die im nachfolgenden beschriebenen eitrigen Endometritiden sind bacteriellen Ursprungs. Sie sind von den infectiösen Endometritiden abzutrennen, weil sie entstehen ohne dass ihre Erreger in das lebende Gewebe ihres Wirtes einwandern. Sie sind aber auch nicht identisch mit der saprophytischen Endometritis oder der Endometritis anærobica, weil ihre Erreger weder zu den echten Saprophyten gehören, noch obligat anærobe Bacterien sind.

1. *Beobachtung.* Bacteriotoxische, eitrige Endometritis, bedingt durch die Polyinfection: Streptococcus pyogenes, Bacterium coli und einer dem malignen Oedem ähnlichen Bacterienart, alle mit saprophytischem Charakter.

2. *Beobachtung.* Bacteriotoxische, eitrige Endometritis mit Pyometrabildung, bedingt durch die Polyinfektion: Diplostreptococcus, Staphylococcus aureus et albus und Bact. coli, alle mit saprophytischem Charakter.

3. *Beobachtung.* Bacteriotoxische Endometritis « in graviditate », bedingt durch die Polyinfektion: Streptococcus pyogenes, Staphylococcus albus und Paracoli, alle mit saprophytischem Charakter.

4. *Beobachtung.* Bacteriologische Endometritis « in graviditate », bedingt durch die Monoinfektion der fœtalen Eihäute mit dem für die Mutter saprophytischen Diplostreptococcus.

WALTHARD kommt im weiteren Verlauf seiner äusserst interessanten Arbeit auf: *Die Natur der Bacterien* und *die histologischen Veränderungen der Uterusmucosa* zu sprechen.

Die Controluntersuchung und Bestimmung der einzelnen Bacterienarten wurde vom bacteriologischen Institut des Herrn Prof. TAVEL ausgeführt. Die histologischen Veränderungen studierte Herr Prof. HOWALD.

Ueber die Virulenzsteigerung saprophytischer Streptokokken durch Abnahme des Gewebewiderstandes ihres Wirtes.

v. SINGELSHEIM hat 1892 gezeigt, dass Kreislaufsstörungen, im Sinne einer hochgradigen Stauung, geeignet sind, die Virulenz wenig virulenter Streptokokken für ein und dasselbe Individuum zu erhöhen; dazu kamen weitere Experimente von WALTHARD selbst, von VAHLE und KOTTMANN.

Wenn schon diese Experimente mit grosser Wahrscheinlichkeit auf ein ähnliches Verhalten der Streptokokken beim Menschen schliessen lassen, so fehlte doch bis jetzt eine Beobachtung der Virulenzsteigerung bei ein und demselben Menschen.

An Hand der Beobachtung *I.* will WALTHARD den für den Menschen fehlenden Beweis erbracht haben.

Folgen weitere Kapitel:

Ueber den Infektionsmechanismus.

Ueber den Einfluss der bacteriotoxischen Endometritis « in graviditate » auf den Verlauf der Schwangerschaft und:

Ueber die klinische Bedeutung der bacteriotoxischen Endometritis.

Zusammenfassung.

« Unsere Beobachtungen zeigen, dass in gleicher Weise, wie dies bei der Vagina häufig nachgewiesen wird, auch im Uterus gelegentlich der Selbstschutz der Secrete im Sinne einer Elimination der Bacterien versagt. Alsdann dringen die Vaginalbacterien ins Cavum uteri ein und diejenigen, welche besser im alkalischen Corpussecret als im sauren Vaginalsecret gedeihen, wie die morphologisch und culturell dem Streptococcus pyogenes, dem Diplostreptococcus, den Staphylokokken und den Colibacillen durchaus ähnlichen Bacterienarten, vermehren sich im Uterussecret. Sie behalten aber ihren saprophytischen Charakter bei und produciren nur Toxine, wandern aber nicht in die Mucosa ein. Ihre Toxine rufen eine chemische Entzündung der Uterusmucosa (bacteriotoxische Endometritis) hervor. Fliessen diese Toxine mit dem eitrigen Secret der Mucosa grösstentheils durch den Cervicalcanal in die Vagina ab, so bleibt der Gesammtorganismuss unbeeinflusst. Bei Retention und Resorption grösserer Toxinmengen dagegen kommt es zur Toxinämie mit den objectiven Symptomen von Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung, Schüttelfrösten und trockener Zunge und den subjectiven Erscheinungen einer acuten Infectionskrankheit. Trotz Retention grosser Toxinmengen und heftigster Toxinämie behalten die Bacterien ihren saprophytischen Charakter bei und es verschwinden sofort alle Erscheinungen, sowie durch Entleerung des Uterus den Bacterien der Nährboden entzogen wird.

Während die normal ernährten Gewebe diesen Bacterien unzugänglich sind, können die gleichen Bacterien und namentlich die

mit dem Streptococcus pyogenes sive puerperalis morphologisch und culturell identischen Streptokokken in die durch schwere Circulationsstörung geschädigten Gewebe eindringen und in denselben ihren saprophytischen Charakter ablegen und für ihren Wirth infectiös werden.

Combinirt sich eine solche Endometritis mit Gravidität, so kann Retention des eitrigen Secretes nebst bacteriotoxischer Endometritis decidualis neben der Gravidität bestehen, ohne dass das Ei in seinem Wachsthum wenigstens für eine gewisse Zeit, durch die Bacterien wesentlich beeinflusst wird.

Andererseits können aber auch bei einer solchen Combination die Bacterien in die fötalen Eihäute und in die Placenta foetalis eindringen und sich in denselben vermehren und dadurch neben der bacteriotoxischen Endometritis decidualis und der Toxinämie des Wirthes zum Abortus führen.

Wird beim Abortus sämmtliches Material des Eies ausgestossen, so verläuft das Wochenbett wie das eines aseptischen Abortus und der Uterus ist in der ersten Woche post abortum wiederum bacterienfrei.

Bleiben grössere Eitheile zurück, so vermehren sich die Bacterien in denselben und führen zur bacteriotoxischen Endometritis puerperalis, welche mit der Entfernung des Nährbodens, d. h. Ausstossung und Ausräumung der Eihautreste, ihr Ende nimmt.

Diese Beobachtungen sind eine Bestätigung alles dessen, was ich[1] in meiner früheren Arbeit über die Bedeutung der Vaginalbacterien und speciell über die Vaginalstreptokokken gesagt habe.

Gestützt auf die nunmehrige Kenntniss des Wesens der bacteriotoxischen Endometritis, bedingt durch Streptokokken, Staphylokokken und Colibacillen mit saprophytischem Charakter, sind wir gezwungen, die Endometritiden bacteriellen Ursprungs in anderer Weise als bis dahin gebräuchlich zu gruppiren.

Es giebt vom Standpunkt der Patientin betrachtet

1. Infectiöse Endometritiden.

Ihre Erreger dringen in Epithel und Stroma ein und vermehren sich im Gewebe ihres Wirthes. In diese Gruppe gehören die Endometritiden, bedingt durch infectiöse Streptokokken, Staphylokokken, Colibacillen und Anaeroben, sowie die Gonokokken und Tuberkelbacillen.

[1] Walthard, Arch. f. Gyn. 1895. Bd. 48.

2. Bacteriotoxische Endometritiden.

Ihre Erreger vegetiren im Uterussecret und Uterusinhalt und wandern nicht in die lebenden Gewebe ihres Wirthes ein. In diese Gruppe gehören die saprophytischen Streptokokken, Staphylokokken, Colibacillen, Anaeroben und die echten, bacteriotoxisch wirkenden Saprophyten, wie z. B. die Proteusformen.

Es ist Sache der weiteren Forschung, nachzuweisen, für welche Bacterienarten der bacteriotoxischen Endometritis ein Uebergang in die infectiöse Form möglich ist. Für den Streptococcus mit den morphologischen und culturellen Eigenschaften des Streptococcus pyogenes ist es mir gelungen, an Hand der Beobachtung I, den Nachweis dieses Ueberganges zu erbringen.

Bedenkt man, dass die Erreger der bacteriotoxischen Endometritis und unter ihnen die Streptokokken häufig (bis zu 36 %) im Vaginalsecret des Scheidengrundes schwangerer Frauen nachgewiesen werden können, bedenkt man, dass sie spontan ins Cavum uteri eindringen und, wie die Lochienuntersuchungen zeigen, vom 4. bis 5. Wochenbettage an, hierzu häufig Gelegenheit finden, dass sie sich in den Lochien vermehren und ihre Toxine bilden, so ist es verständlich, dass selbst in den mit allem modernen antibacteriellen Comfort eingerichteten Gebäranstalten die Morbidität der Wochenbetten nicht auf Null sinken kann. Im Gegenteil, sie wird stets auf einer Höhe bleiben, welche annähernd parallel geht mit dem Gehalt der Vagina an Erregern der bacteriotoxischen Endometritis. Da diese Erreger der bacteriotoxischen Endometritis im retinirten Secret und, wie ich früher für die Vaginalstreptokokken gezeigt habe, in den Lochien ihre Virulenz nicht steigern und da sie, wie wir gesehen haben, Bacteriengifte von nur geringer Toxicität bilden, so ist auch der klinische Verlauf dieser bacteriotoxischen Endometritis puerperalis stets ein milder, ja bei gutem Abfluss der Secrete sogar ein symptomloser. Vorübergehende Schüttelfröste und hohe Temperaturen sind durch Retention und Resorptionstoxinämie leicht erklärlich. »

Dr. E. Wormser, Basel:

Zur klinischen Behandlung der Retroflexiro-uteri m

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel.

(Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 26 und 27

Die Lehre B. S. Schultze's, laut welcher jede Abweichung normal erkannten *Anteversio-Flexio* eine krankhafte Reg darstelle und desshalb unter allen Umständen beseitigt we ist in's Schwanken geraten, namentlich gestützt auf nicht s erfolge der Therapie, in dem Sinne, dass wohl die Retrofl durch Operation oder das Pessar dauernd beseitigt war, ni gleich die Beschwerden der Patientin.

Wormser versucht nun die Symptome zu studiren, welch flexion gewöhnlich zur Last geschrieben werden; er hält s die trefflichen Ausführungen von Heinricius: Ueber die p Bedeutung der Retroversio-flexio uteri (Arch. f. Gyn. Bd. I pag. 516).

Kreuz- und Rückenschmerzen: Den Beweis für den Kausa schen der Lageveränderung und dem Symptom « Kreuzsch nicht erbracht.

Metritis und Endometritis: Diese sollen zustande kommen schlechterung der Cirkulationsverhältnisse, durch *venöse St* aber noch nie bewiesen worden, dass die Cirkulation im ret Uterus eine gehemmte sei; nicht nur aprioristische und Gründe sprechen gegen diese Annahme, sondern auch di Tatsachen. Die meisten retroflektirten Uteri zeigen absolut k von Kongestion. (Siehe die Kossmann'sche Citation am Sch Referates. Beuttner.)

Sterilität und Abort: Die rückwärts gelagerte Gebärmutte seits die Konzeption erschweren, sogar Sterilität bedingen, das Eintreten eines Abortes begünstigen. Für beide Besch fehlt ein zahlenmässiger Beweis.

Dysmenorrhoe: Der Zusammenhang zwischen der Dysmer der Retroflexion ist ebenso wenig sichergestellt.

[1] Nach einem am 3. April in der Basler Medicinischen Gesellscha Vortrag.

Druckerscheinungen: Diese lassen sich auf andere Ursachen zurückführen und können dementsprechend bei geeigneter Behandlung auch ausheilen, ohne dass die Lage des Uterus korrigirt wird.

Konsensuelle oder Reflexsymptome: Neuere Untersuchungen sprechen dafür, dass diese Gruppe von Erscheinungen mit der Lage des Uterus nicht das Geringste zu tun hat, sondern der Ausdruck einer Hysterie oder Neurasthenie ist oder, in seltenen Fällen, auf einer Erkrankung des betreffenden Organes selbst beruht.

Aus dieser kritischen Uebersicht soll jedenfalls soviel mit Sicherheit hervorgehen, dass keine genügenden Beweise für die alte Anschauung bestehen, derzufolge die Retroflexion als solche Schuld sein soll an all' den erwähnten objektiven und sujektiven Symptomen.

Krœnig und Feuchtwanger haben die schwebende Frage nun auch noch auf dem Wege der Statistik in Angriff genommen; sie kamen zum Schlusse, dass jedenfalls die Patientinnen mit retroflektirtem Uterus nicht öfters Beschwerden haben, als diejenigen mit Anteflexion.

Sehr wertvoll ist auch eine Statistik von Schröder, der 411 Patientinnen untersucht und dabei gefunden hat, dass von 303 Frauen ohne « Beckensymptome » 26 °/₀ und von 108 Frauen mit « Beckensymptomen » 36 °/₀ einen nach rückwärts gelagerten Uterus aufwiesen.

Ein weiterer Beweis dafür, dass die Klagen bei Retroflexion eigentlich gar nicht auf der Lageanomalie beruhen, liegt in der Tatsache, dass nach Pessar, oder operativer Therapie das orthopädische Resultat sehr oft vorzüglich, das funktionnelle aber schlecht ist. Schon frühere Statistiken von Freudenberg aus der Landau'schen Klinik, von Knorre aus der Küstner'schen Klinik, haben auf diesen Punkt hingewiesen; auch Krönig und Feuchtwanger haben ebenfalls ihr Augenmerk darauf gerichtet.

Am meisten zu denken gaben wohl von jeher diejenigen Frauen, die sich geheilt fühlten, trotzdem das orthopädische Resultat schlecht war.

Wormser hat nun während des Jahres 1901/02 unter dem Material der *Basler gynækologischen* Poliklinik etwas über 100 Fälle von unkomplizierter, also « reiner » mobiler Retroflexion des nicht graviden Uterus gefunden. Von diesen waren absolut beschwerdefrei 36; über Kreuzschmerzen allein oder verbunden mit anderen Beschwerden klagten 32; das letzte Drittel der Kranken kam aus verschiedenen Gründen: unregelmässige Blutungen, Dysmenorrhoe, Fluor, Schmerzen im Leibe, etc., etc. Auch hier hatte sich, wie bei den andern Patientinnen, dieselbe Er-

fahrung bestätigt, dass eben in der *Mehrzahl* dieser Fälle ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen den Symptomen, worüber geklagt wurde und der Lage des Uterus *nicht* bestand.

Wormser macht an Hand eines detaillirt wiedergegebenen Falles auf den *grossen Einfluss der Suggestion und Autosuggestion* aufmerksam.

Mit der eben besprochenen Auffassung von der klinischen Dignität der Retroflexio uteri stimmen nun auch die Resultate überein, die Wormser nach Alexander-Adam'scher Operation zu sehen Gelegenheit hatte. Das Verhältniss der Unzufriedenen unter den « Alexandrirten » ist viel grösser, als bei jeder anderen Operation, z. B. wegen Prolaps und dergl.: man fand dann bei ihnen, seitdem man darauf achtet, die Zeichen der *Neurasthenie oder Hysterie.*

Wormser möchte nun nicht so weit gehen, zu behaupten, dass in jedem Fall von inkomplizirter Retroflexion mit Beschwerden nur ein Nervenleiden und sonst nichts vorhanden sei. Heinricius hat mit Recht darauf hingewiesen, dass hinter dem Uterus leicht veränderte Organe liegen können, die sich palpatorisch nicht als krankhaft nachweisen lassen und doch durch den Druck des auf ihnen bestehenden Uteruskörpers zu schmerzhaften Sensationen Veranlassung geben können.

Im Weitern wird auf die Diagnose und Therapie der Nervenleiden eingegangen. Hat letztere, trotz gründlicher und sachgemässer, durch vernünftige psychische Einwirkung kräftig unterstützter Durchführung *keinen* Effekt erzielt, dann dürfte es an der Zeit sein, die Lagekorrektur zu versuchen.

Wormser fasst zum Schlusse seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. *Die unkomplizierte, mobile Retroflexion macht bei absolut gesunden Frauen in der Mehrzahl der Fälle keine Beschwerden, braucht deshalb auch keinerlei Behandlung, ausser etwa im Fall von Gravidität.*

2. *Die Beschwerden, über welche von Frauen mit mobiler Retroflexion geklagt werden, haben in der überwiegenden Mehrheit der Fälle zweierlei Ursachen: entweder rühren sie von Komplikationen her, die oft nicht leicht nachweisbar sind, oder sie bilden den Ausdruck einer mehr weniger deutlich ausgeprägten Störung des Nervensystems. In beiden Fällen ist die Retroflexio als solche an den Symptomen unschuldig.*

Die Behandlung hat demnach ihr Hauptaugenmerk auf Heilung der Komplikation resp. der Nervosität zu richten, erst wenn diese Therapie fehlschlagen sollte, ist der Versuch einer Lagekorrektur zu unternehmen.

Anmerkung des Referenten. An der 61sten *Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Olten* hielt ich einen Vortrag über « *Sachliche und kritische Besprechung der zur Heilung der Retroflexio uteri angegebenen Verfahren* ». (Gynæcologia Helvetica II pag. 150.) Ich vertrat den Lehrsatz: « *Jede Retroversio-flexio uteri mobilis muss (bei der dem Geschlechtsgenuss ergebenen Frau) korrigirt werden, auch wenn von ihr keine in die Augen fallenden Symptome ausgehen.* »
Dieser Lehrsatz wurde von den Herren Prof. P. Müller und Prof. v. Herff stark angegriffen und bildet die Arbeit von Wormser (aus der v. Herff'schen Klinik) wohl noch Nachklänge zur Oltener Retroflexions-Debatte.

Wormser behauptet nun unter anderm, dass es noch nie bewiesen worden sei, dass die Circulation im retroflektirten Uterus eine gehemmte sei etc. Auf eine solche Behauptung, die der oberflächlichsten klinischen Beobachtung zuwiderläuft, sei es mir gestattet, einen Passus aus dem vorzüglichen Opus von Prof. R. Kossmann,[1] « *Allgemeine Gynækologie* », pag. 476 anzuführen:

« Man kann sich jederzeit davon überzeugen, dass eine längere Zeit in Retroflexionsstellung liegende Gebärmutter eine mehr oder minder teigige, fast œdematös zu nennende Beschaffenheit besitzt, die sich nach Wiederherstellung der normalen Lage allmählig verliert. Schon eine *oberflächliche Kenntnis der Gefässversorgung* lehrt ferner, dass bei einer starken Retroflexion die Gebärmutter sich um eine Achse dreht, die etwa mit der Zutrittsrichtung der Uteringefässe zusammenfällt, *so dass die Venæ uterinæ durch diese Verlagerung torquirt werden,* während gleichzeitig bei starker Retroflexion eine Dehnung der Lig. lata, demnach auch der Venæ spermaticæ, erfolgt. Beides genügt, um eine *venöse Stauung in den Genitalorganen* und damit auch den *tatsächlich nachweisbaren hyperœmisch-œdematösen Zustand der Gebärmutter* zu erklären. Wenn wir nun überdies in vielen derartigen Fällen eine *chronische Oophoritis* bezw. *microcystische Degeneration* der Ovarien beobachten, so erscheint es sehr gewagt, anzunehmen, dass die Retroflexion und die Oophoritis zwei von einander unabhängig entstandene Leiden seien, vielmehr liegt der Gedanke nahe, dass die Oophoritis erst unter dem Einfluss der schon lange bestehenden Stauung entstanden ist.

Der Arzt handelt demnach leichtfertig, wenn er bei einer uncomplizierten Retroflexion die Wiederherstellung der normalen Lage versäumt, weil zur Zeit noch keine oophoritischen Beschwerden da sind; es ist nur

[1] Siehe unter Kapitel: « *Ausländische Litteratur* » das Referat über: « *Allgemeine Gynæcologie* » von R. Kossmann.

zu wahrscheinlich, dass diese später entstehen und dann auch durch eine Lagecorrectur nicht mehr zu beseitigen sein werden. »

Des weiteren sei es dem Referenten gestattet, die Ansicht eines amerikanischen, hervorragenden Gynæcologen hier anzuführen. GOLDSPOHN (Chicago) sagt in seiner Arbeit: « *Indications, Technic, and remote Results of Salpingostomy and of Resection and Ignipuncture of ovaries, with records of one Hundred and four Cases,* bezüglich der *cystischen Degeneration der Ovarien* folgendes:

« And the principal predisposing, if not also exciting, cause of it, here as in other parts of the body, is persistent hyperemia of the parts, usually from an impeded venous circulation. This impediment may result from reduction of the lumina of the efferent vessels by the contraction of adjacent inflammatory connective tissue infiltrations or deposits; *but it more frequently results from displacements, — notably descensus — of the ovaries, such as they most frequently undergo in connection with backward displacements of the fundus uteri* ».

Ich halte nach allem Gesagten an dem (leicht modificierten) Lehrsatze fest: « *Jede Retroversio-flexio-uteri muss (bei der im zeugungsfähigen Alter stehenden Frau) korrigiert werden, auch wenn von ihr vorderhand keine in die Augen fallenden Symptome ausgehen* ».

Ich verweise übrigens zum Schlusse noch auf die Originalarbeit von Prof. EHRHARDT: « Zur Kastration weiblicher Hunde »: Mitteilungen aus dem Gebiet der Veterinär-Geburtshülfe und Gynækologie. Gyn. Helv. III. Dort sehen wir mit der Deutlichkeit eines Experimentes, wie unter dem Einfluss von Stase im Lig. lat. (Unterbindung des Eierstockbandes), nach 4-5 Monaten die Ovarien mit Cysten durchsetzt sich präsentieren.

Wenn nun auch bei der Retroflexio uteri eine vollkommene Unterbrechung der Gefässe nicht stattfinden wird, so ist doch die Tatsache nicht mehr von der Hand zu weisen, dass die notwendig auftretende Stase ebenfalls zu cystischer Degeneration der menschlichen Ovarien führen kann; ergo! Die Lagekorrektur vornehmen!

Für die Auffassung, dass die Retroflexio uteri pathologische Processe der Adnexe begünstige, spricht selbst die aus der *Berner-Klinik* hervorgegangene Arbeit von OTZ: « *Ueber Retroversio uteri und ihre operative Behandlung durch die Laparatomie* ». (Dieser Jahrgang: Dissertationen.)

« In 24 Fällen (von 34) wurden die Adnexe und *zwar speziell die Ovarien* verändert gefunden ».

Es ist doch bei einem so hohen Prozentsatz von Adnex-Erkrankungen gewiss angezeigt, an einen Causalnexus der beiden Affektionen (Retroflexio- und Adnexerkrankung) zu denken.

Dr. E. WORMSER, Basel:

Die Excochleatio uteri im Wochenbett.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 20, pag. 618. 1902.)

Ueber den Wert der Ausschabung der Uterushöhle im Verlaufe des Wochenbettes sind die Ansichten geteilt.

Der erste, der die Ausschabung zur Heilung der *Endometritis puerperalis* unternommen, war CHARPENTIER. E. v. BRAUN konnte im Jahre 1890 schon über 101 Fälle und O. v. WEISS ein Jahr später über 86 einschlagende Beobachtungen berichten (Wiener-Klinik).

Trotz der empfehlenden Stimmen aus der Wiener-Klinik ist die Excochleatio uteri im Wochenbett, in Deutschland wenigstens, nie recht durchgedrungen.

Sehen wir nach den Gründen, welche die Gegner der Curettage geltend machen, so müssen wir vorerst die verschiedenen Zustände auseinander halten, bei denen die Anwendung der Curette empfohlen worden ist.

Da ist zunächst zu nennen:

I. *Die Eihautretention.*

Die Erfahrungen, die WORMSER als Assistent der *Basler Frauenklinik* zu machen Gelegenheit hatte, zeigen, dass beim Zurückbleiben von Eihäuten das Wochenbett etwa $1^1/_2$ mal so oft mit Fieber einhergeht, als in normalen Fällen; aber es handelt sich dabei meistens um absolut gutartiges Fäulnissfieber und wäre höchstwahrscheinlich der Prozentsatz an Fieber ein noch grösserer, wenn prinzipiell nach der Geburt eingegriffen würde.

Als weitere Indikation zum Gebrauch der Curette «post partum» kann

II. *Das Fieber während der Geburt*

gelten. Es handelt sich bei diesem Fieber in der Regel um einfache Zersetzung des Fruchtwassers, und nicht um septische Infektion; zudem ist es sehr fraglich, ob im letztern Falle eine Ausschabung am Gange der Dinge etwas ändern könnte.

Die wichtigste Indikation für die Ausschabung ist

III. *Das Fieber im Verlaufe des Wochenbettes.*

Es handelt sich dabei nicht mehr um ein prophylaktisches, sondern direkt um ein therapeutisches Verfahren, das aber in jedem Fall innerhalb der ersten 24 oder längstens 48 Stunden zur Anwendung kommen müsste. Da man aber der ersten Temperatursteigerung unmöglich ansehen kann, ob wir ein leichtes Eintagsfieber, oder aber den Beginn einer schweren puerperalen Infektion, vor uns haben, so müsste man eben *alle* Fälle curettieren und somit die meisten ohne dringende Notwendigkeit.

Prof. Bumm war Anhänger der Ausschabung bei begründetem Verdacht auf *Fäulnissfieber*, während er bei der septischen Infektion die Curette als nutzlos und gefährlich verwarf.

Wormser stellt nun das Resultat dieser Behandlungsmethode in einer Tabelle, die 30 Fälle enthält, zusammen; es lautet dahin, *dass gegenüber dem im einzelnen Fällen unleugbaren Nutzen die Nachteile überwiegen.*

Bumm empfiehlt übrigens in seinem « *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe* » neuerdings die Ausschabung nur noch für diejenigen Fälle. wo vorher Placentar- oder Eihautreste nachgewiesen und entfernt wurden.

Wormser *empfiehlt dem praktischen Arzte bei Fieber im Wochenbett die Curette zu verbannen.*

Die letzte Indikation für die Excochleation des puerperalen Uterus begreift

IV. *Stärkere, auf sonstige Weise nicht beeinflusste Blutungen.*

Wormser verfügt über 18 eigene Beobachtungen; eine weitere hiehergehörige Arbeit ist von Knapp veröffentlicht, der an Hand von 12 Fällen aus der *Prager-Klinik* zu denselben günstigen Resultaten, wie Wormser selbst, gelangt.

Wormser präzisiert zum Schlusse seine Ansichten und Erfahrungen folgendermassen:

« Wir halten in der allgemeinen Praxis *die Ausschabung des Uterus im Wochenbett für nicht indiciert,* als prophylaktische Massregel, bei *Eihautretentionen* und *Febris sub partu,* ebensowenig wie als therapeutisches Verfahren bei *Fieber; dagegen ist sie angezeigt bei Blutungen* und zwar sowohl bei stärkeren Hämorrhagien in den ersten Tagen « post partum » — nach vorgängiger Austastung des Cavum uteri —, als besonders auch

bei den schleppenden Blutungen des Spätwochenbettes, wenn dieselben auf die gewöhnlichen Mittel hin nichts weichen wollen. Voraussetzung ist die Wahl einer breiten Curette und selbstverständlich Vermeidung brutaler Gewalt; dann ist das Verfahren nicht nur sicher und radikal, sondern auch ungefährlich ».

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber Hautgangrän nach subkutaner Infusion.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr. 41, 1902.)

An der *Tübinger Frauenklinik* wurden 6 mal nach Infusion der Tavel'schen Lösung flächenhafte Gangrän von Haut- und Unterhautzellgewebe beobachtet. Auf Grund von Tierversuchen kam Baisch zu der Ueberzeugung, dass es der Sodagehalt der zur Hypodermoklyse verwandten Tavel'schen Lösung sei, der die Schuld an dem fatalen Ereignis trage.

Wormser tritt nun dieser Auffassung entgegen, da er selbst einen einschlagenden Fall erlebt hatte, bei dem aber nicht die Tavel'sche, sondern die von Baisch als unschuldig hingestellte physiologische Kochsalzlösung angewandt wurde.

Wormser hat an der *Berner Frauenklinik* auch einmal eine Gangrän gesehen, wie sie Baisch beschreibt; nach langwieriger Laparotomie (Aktinomykose der Bauchdecken und des Proc. vermiform.) wurde eine Infusion unter die Haut des Oberschenkels gemacht. Bald darauf trat an der Infusionsstelle ausgedehnte Gangrän ein. Wormser hatte im Jahre 1899 dann weiter Gelegenheit an der *Basler Frauenklinik* einen zweiten Fall zu beobachten, bei dem jedoch keine Tavel'sche Lösung, wie oben bemerkt, zur Verwendung kam.

In der Litteratur existiren einige Publikationen, die ebenfalls gegen den von Baisch vertretenen Standpunkt sprechen, es sind dies die Veröffentlichungen von Ostermann, von Welch, Bloodgood.

Dr. E. Wormser, Basel:

Beitrag zur Kasuistik der Cervico-Vaginalfisteln.

(Centralblatt für Gynækologie. Nr. 48, pag. 1289, 1902.)

Neugebauer hat nur 9 derartige Beobachtungen in der Litteratur auftreiben können, weshalb Wormser die Gelegenheit ergreift, einen während seiner *Berner-Assistentenzeit* beobachteten einschlägigen Fall zu veröffentlichen.

Es handelt sich um eine junge, gesunde Frau, die bald nach der Verehelichung koncipirte und im 5. Monate der Schwangerschaft abortirte: am 3ten Tage nach Beginn der Wehen war der Muttermund noch nicht erweitert und zeigte sich bei 3 mal im Laufe des Tages wiederholter Untersuchung absolut gleich — für die Fingerkuppe eben zugängig. Nach einem plötzlichen heftigen Schmerz wurde bald darauf der Fœtus mit einem Male ausgestossen. Riss in der hinteren Cervixwand, der in der Folge nicht zuheilte; es blieb eine Fistel, die zu Endometritis führte.

Unaufgeklärt bleibt die *Ursache der Rigidität* des Muttermundes, welche einer fast 4 tägigen Wehenthätigkeit ein unüberwindliches Hinderniss entgegenzusetzen vermochte.

Ein intra partum entstandener, spontaner Einriss der hinteren Cervixwand ist die einzige Art, die Entstehung der vorliegenden Fistel zu erklären. Von den 9 Fällen, die Neugebauer zusammenstellt, bieten 4 dieselbe Aetiologie dar.

Die Schwierigkeit die Fistel auf operativem Wege zu schliessen, liegt, wie Neugebauer mit Recht betont, in der narbigen Beschaffenheit der Fistelränder und der starken Spannung des fibrösen Cervixgewebes.

Zum Schlusse führt Wormser noch eine ältere Publikation aus der Litteratur an, die in schönster Weise die Entstehung derartiger Fisteln illustriert; es handelt sich um Durchbohrung *der vorderen* Cervixwand.

Dr. F. WUHRMANN, Kilchberg-Zürich:

Die bewegliche Niere und ihre Anteversion.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 17, pag. 530 und Nr. 18, pag. 562, 1902.)

Eine grosse Anzahl Autoren erklären die Niere als physiologisch schon beweglich, während eine Minderzahl diese physiologische Nierenbeweglichkeit negiert. WUHRMANN stellt sich auf Seite der letzteren und zwar gestützt auf Sektionsergebnisse; er unterlässt es nicht darauf aufmerksam zu machen, dass man die publizirten Leichenuntersuchungen, betreffend der Beweglichkeit oder Fixierung der normalen Nieren, sehr kritisch aufzunehmen habe. Auch am lebenden menschlichen Körper sind Untersuchungen über physiologische Beweglichkeit oder Unbeweglichkeit der Nieren angestellt worden. HILBERT fand unter 100 untersuchten Fällen (Frauen) 95 mal deutlich bewegliche, 2 mal in geringerem Grade bewegliche und 3 mal fixierte Nieren.

Sind einmal so und so viel Fälle physiologisch fixierter Nieren festgestellt, dann müssen wir logischerweise nicht fixierte, auf ihrer Unterlage bewegliche Nieren, als pathologisch betrachten, auch wenn sie die ersteren an Häufigkeit weitaus übertreffen.

Als Möglichkeit physiologischer Bewegung darf nur diejenige gelten, die das Organ mit samt seinem physiologischen Substrate ausführt. Da die Nieren, je nach dem Individuum, mit dem obern Pol oder mit der obern Hälfte oder beinahe mit dem ganzen Körper der Pars lumb. diaphrag. anhaften, so können sie, wie BÜDINGER und WUHRMANN an der Leiche nachgewiesen haben, *bei tiefer Inspiration infolge Anfüllung des Komplementärraumes mit dem obern Pol vornüberneigen.*

Die Vermutung WUHRMANNS, dass die Nieren in aufrechter Körperhaltung mehr oder weniger ausgesprochene Anteversionsstellung einnehmen, hat sich bei dem Autor selbst immer mehr befestigt. Nicht alle festsitzenden Nieren haben ein und dieselbe Normallage; diese individuell verschiedene Normallage der Nieren verbietet uns, aus der Palpierbarkeit der Niere in scheinbar anormaler Ausdehnung, sofort « ren mobilis » zu diagnostizieren. Eine auf ihrer Unterlage festhaftende Niere, auch wenn wir sie in beinahe ganzer Ausdehnung abtasten können, ist demnach noch lange keine bewegliche Niere.

Der Schwerpunkt der Diagnose « ren mobilis » liegt einfac Nachweise, dass die palpierte Niere sich durch die unter Hände kopfwärts in die Nierennische verschieben resp. schn (Echappement Glénard); die Exkursionsweite des Organes bes den Grad des Leidens.

Die Beweglichkeit einer Niere lässt sich auch noch in an nachweisen, sofern man den Patienten im Stehen untersucht. V konstatierte bereits früher, neben der maximalen Senkung d lichen Niere, *regelmässig eine Drehung des Organes um seinen Querdurchmesser (Hilus-Mitte Konvexrand), um ca. 90— dass also Nieren und Körperlängsachse annähernd einen recht bilden.*

Ein zur Autopsie gekommener Fall gab Verfasser die gün legenheit, die *Anteversion der beweglichen Niere* « in cadaver obachten.

In der Mehrzahl der Fälle dreht sich der obere Nierenpol n So lange die Niere fest am Zwerchfell haftet, bietet sie der L Milz keine grosse Angriffsfläche; wird aber der obere Niere die ganze Niere auf der Unterlage locker, dann fasst der hint rand den obern Nierenpol von hinten-oben und durch Heb wird das ganze Organ immer mehr gedreht und gelöst.

Warum der obere Nierenpol in dem einen Falle nach vor andern nach hinten gedreht wird, hängt von der Lage der Lebe Milz zur Niere ab.

Bezüglich der *Nephropexie* räth WUHRMANN, den obern Nier fach in der Höhe des SIMON'schen Schnittes festzunähen; so Organ der hebelnden Wirkung von Leber resp. Milz entzogen.

Anmerkung des Referenten: Der Vollständigkeit halber soll hier kur frühere Arbeit WUHRMANN's, über das gleiche Thema, resumirt werden:

Dr F. WUHRMANN:

Beitrag zur Pathologie und Diagnose des Ren mobilis

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. LIII.)

Zur Palpation der Nieren stehen uns verschiedene Methoden fügung: Palpation in der Rückenlage, in ISRAEL'scher Seite Stehen, in sitzender und in vornübergebeugter Stellung.

Der Palpationsbefund ist grundverschieden, je nachdem die Patienten im Stehen oder Liegen untersucht werden. — Untersucht man in Rücken- oder Seitenlage, so findet sich die Niere bald mehr, bald weniger nach unten, innen gelagert, je nach der Excursionsfähigkeit des Organes. — *Untersucht man den Patienten im Stehen, so wird man immer dieselbe und zwar die maximale Nierenwanderung erhalten. Neben dieser maximalen Senkung constatirt man noch eine Drehung der Nieren um ihren frontalen Querdurchmesser (Hilus-Mitte des Convexrandes) um 90 bis 100 °/₀, so dass also Nieren- und Körperlängsaxe annähernd einen rechten Winkel zu einander bilden.* Die genannte Drehung der Wanderniere erleichtert ihre Entdeckung ganz bedeutend; denn die Niere liegt nicht mehr mit ihrem kleinen anteroposterioren, sondern mit ihrem längsten, dem bipolaren Durchmesser zwischen unsern palpirenden Händen. — *Die Drehung der Nierenlängsaxe aus der senkrechten in die horizontale Lage kommt zu stande, indem der obere Nierenpol sich entweder vorn- oder hintenüber neigt.* Eine Folge der Torsion des Hilusstranges ist der Schmerz, den die Patienten empfinden. Schon Sulzer vermutet übrigens, dass in manchen Fällen von Wanderniere eine Torsion des Nierenstieles eintreten und Schmerzen verursachen kann [1].

Wuhrmann kommt im weiteren Verlaufe seiner Arbeit auf die Frage zu sprechen: « *Wie verhält sich die Drehung der Niere unseren therapeutischen Eingriffen gegenüber?* » Eine event. Binde muss im Liegen angelegt werden, damit die Niere in der richtigen Lage fixiert werde;

[1] *Anmerkung des Referenten:* Dass die Torsion des Hilusstranges Schmerzen verursachen kann, habe ich in einem interessanten Falle selbst erlebt. Eine meiner Patientinnen litt intermittirend an äusserst schmerzhaften Koliken in der rechten Nierengegend. Palpatorisch war wegen des stark entwickelten Panniculus adiposus local nichts zu konstatiren. Eines Tages kam ein mandelkerngrosser Stein zum Vorschein. Da nun in der Folgezeit aber die gleichen Schmerzanfälle wieder einsetzten, so riet ich zur *Nephrotomie.* (Nierensteine?) Ich fand eine kleine Niere vor, die zur Körperaxe beinahe einen rechten Winkel bildete, machte die *Nephrotomie,* suchte überall nach Steinen, ohne etwas zu finden; hierauf führte ich den retrograden Harnleiterkatheterismus bis in die Blase aus, wieder kein Stein. Schluss der Nierenwunde, *Nephrorrhaphie. Heilung.*

Pat. ist von ihren Schmerzen befreit.

Ich denke es gibt nur eine Interpretation! Die Wanderniere mit intermittirender Stieltorsion hat die Steinbildung begünstigt; als der einzig vorhandene Stein ausgestossen worden war, dauerte natürlich trotzdem die Nierentorsion weiter und löste, wahrscheinlich durch Flüssigkeitsansammlung im Nierenbecken, die äusserst intensiven Koliken aus.

die Senkung kann allerdings durch eine Bandage nicht verhindert werden; es bliebe also nur die Nephrorrhaphie übrig.

Wie die Drehung der beweglichen Niere zu stande kommt, erhellt aus den drei folgenden Abbildungen: 21, 22, 23.

Die Entstehung der mobilen Niere erfolgt in *drei Etappen:*

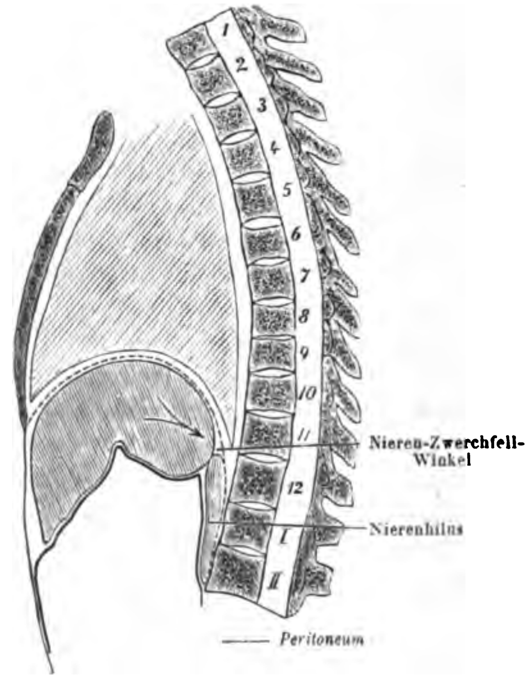


Fig. 21.
Schematische Darstellung der normalen Lage der Leber zur Niere in Inspirationsdarstellung.

I. *Lockerung der Niere auf ihrer Unterlage.*

Ursachen: flache, congenitale Anlage der paravertebralen Höhle: Schwangerschaft, Abort, Geburt, schlecht gepflegte Wochenbetten: Punktion von Ascites; Exstirpation grosser Abdominaltumoren; Vorfall von Blase, Scheide, Uterus, Uterusknickung[1]; Fettschwund; Vermehrung

[1] *Anmerkung des Referenten:* Bei dem obwaltenden Streit über die klinische Bedeutung der Retroflexio uteri ist es von grösster Wichtigkeit, sich aller jener Faktoren zu erinnern, die von der patholog. Uteruslage event. ihren Ausgangspunkt nehmen können. Hier sehen wir die *Uterusknickung als ætiologisches Moment der Lockerung der Niere auf ihrer Unterlage.*

es Gewichtes und der Grösse der Nieren; Insulte des Zwerchfelles auf ie Niere; Traumen.

II. *Drehung und beginnende Senkung der Niere.*

Ursachen: Schnüren; starkes Trauma; Zwerchfellinsulte; Reiten; einnalige starke Muskelcontractionen.



Fig. 22.
rung, Drehung, Senkung der Niere.

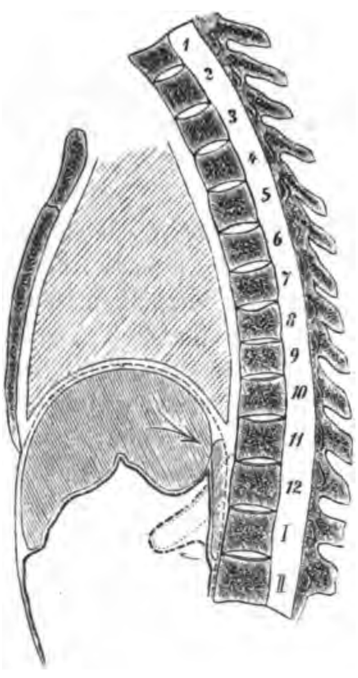


Fig. 23.
Normaler Hochstand der Niere.
Drehung des untern Poles nach vorn.

III. *Senkung der mobilen Niere nach unten.*

Ursachen: Eigengewicht der Niere beim Sitzen, Stehen, Gehen u. s. w.

Folgen in Tabellenform 22 Fälle von einseitiger und 3 Fälle von doppelseitiger Wanderniere.

Dr M. O. Wyss, Zürich:

Nierenchirurgie.

Erfahrungen aus der chirurgischen Klinik Zürich.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie, XXXII. Band, 1. Heft.)

I. *Allgemeines.*

Vom 1. April 1881 bis zum 1. April 1901 kamen auf der Krönlein'schen Klinik im ganzen 118 Fälle von *Nieren-Ureteren-Chirurgie* zur Beobachtung.

II. *Spezielles.*

A. Aetiologie: Wandernieren können zweifellos durch Traumen entstehen. *Pyonephrosen* und *Nierentuberkulosen* sehen wir öfters infolge von leichten Quetschungen auftreten, event. auch *Carcinom. Hydronephrosen*, durch traumatische Nierendislokationen, durch Ureterverletzungen bedingt, sind keine Seltenheiten. Bezüglich der Aetiologie der Wanderniere wird als neues, wichtiges Moment angeführt, *dass ein selbst relativ geringes perirenales Hæmatom die fixierenden Bindegewebsmassen zu lockern vermag;* auch Tumoren vermögen die Niere mobil zu machen. — Das *Entstehen von malignen Tumoren* in Niere, Nierenbecken und Nierenkapsel (kongenitale Absprengung und Verlagerung von Gewebspartieen) weicht wohl nicht besonders von dem in andern Organen ab. Aetiologisch interessant dürfte noch ein Fall sein, wo ein *Carcinom* gefunden wurde, das bei gleichzeitiger Missbildung, Verdoppelung der Ureteren, und bei einer schon seit Kindheit bestehenden unklaren Urogenitalaffektion («trüber Urin») sich entwickelte. — Für die erworbenen *Hydronephrosen*[1] (von den kongenitalen Hydronephrosen wird abgesehen) können die verschiedenartigsten Verschlüsse des Harnleiters, der Blase und der Urethra als ætiologisches Moment nachgewiesen werden. Von den zehn zur Beobachtung gekommenen Fällen fand man fünfmal Wanderniere, einmal ging ein Trauma voraus, einmal eine Geburt: drei Fälle sind in ihrer Aetiologie unklar. Wenn nun aber auch ein Verschluss des Ureters besteht, so ist damit noch lange nicht gesagt, dass

[1] Siehe die ebenfalls aus der Krönlein'schen Klinik hervorgegangene Arbeit von Dr. Michalski: *Ueber Hydronephrosis intermittens.* Dieser Jahrgang: Dissertationen.

deshalb eine Hydronephrose entstehen müsse; es drängt sich uns unwillkürlich die Ansicht auf, *dass es zu deren Entstehung noch anderer Momente, und zwar hauptsächlich einer Veränderung der Nierenbeckenwandung bedarf, sei diese nun bedingt durch verminderte Ernährung, verminderte Blutzufuhr infolge Stieltorsion bei Wanderniere etc., sei sie bedingt durch anhaltenden Druck der eingeschlossenen Flüssigkeit und dadurch verminderte Circulation, oder sei sie bedingt durch entzündliche Veränderung der Nierenbeckenwandung, kurz alles Momente, die die Fähigkeit der Nierenbeckenmuskulatur, einen Gegendruck gegen den Sekretionsdruck zu leisten, herabsetzen und so zur successiven Erweiterung des Nierenbeckens führen.* — Aetiologie der *Nierentuberkulose:* (die miliare Form hat chirurgisch wenig Bedeutung) Heredität, speciell die Belastung von väterlicher Seite. Die Beobachtung, dass Tuberkulose besonders in *gelappten Nieren* vorkomme, konnte an der Krönlein'schen Klinik in keinem Falle bestätigt werden. *Doppelseitige Nierentuberkulose* konnte unter 34 Fällen nur zweimal nachgewiesen werden. Was die Entstehung der *Pyonephrosen*, nicht tuberkulöser Natur, betrifft, so möchte es scheinen, als ob die gonorrhoische Infektion mit die Hauptrolle spiele. Der Infektionsmodus (Blut- oder Harnweg) kann aus den Krankengeschichten nirgends genauer eruirt werden, aber es lohnte sich gewiss auch hier, wie analogerweise in der *Gynækologie*, recht intensiv auf die Schuld des Gonococcus bei Entstehung von Pyelonephritis und Pyonephrose zu fahnden.

Die Aetiologie der *Steinnieren* wird heute hauptsächlich auf eine arthritische Familienanlage zurückgeführt, während Entzündung der Niere, Katarrhe der Harnwege, Fremdkörper und Traumen nur die veranlassenden Momente darstellen; möglicherweise können infolge chronischer Reizzustände der Nieren durch Druck Steine oder Eiterung entstehen. *Ureteraffektionen* entstehen häufig sekundär durch Knickungen und Drehungen des Nierenstiels bei Wandernieren, meist mit Rückwirkung auf die Niere. An der Krönlein'schen Klinik kam ein Fall von Ureterverschluss durch *Folgezustände von Coxitis zur Beobachtung,* der gleichzeitig als ein Paradigma für die bisweilen unerklärlichen « idiopathischen » Neuralgien und Kolikanfälle gelten kann. Von 14 *Nierentraumen* kamen 5 durch einen Schlag gegen die Nierengegend zu Stande, die einzige offene Verletzung war durch einen Messerstich verursacht, 3 weitere Pat. fielen auf die Lendengegend; 3 Pat. wurden von Wagen überfahren, etc.

Was Alter, Geschlecht und Seite der Nierenaffektion betrifft, so überwiegt, wie in den Beobachtungen anderer, im Allgemeinen die Zeit vom 20-50 Lebensjahr; Frauen erkranken weit mehr als Männer, besonders wenn man die Nierentraumen ausser Betracht fallen lässt; die rechte Seite etwa doppelt so häufig, als die linke: leichtere Vulnerabilität der tieferstehenden rechten Niere (Wanderniere rechtseitig in 100 %), Druck und Anprellen der Niere gegen Gallenblase, Ductus choledochus, D. Wirsungianus, gegen Pylorus, Duodenum und gegen Processus vermiformis. Dazu kommt zweifelsohne noch als ætiologisches Moment für die Entstehung der rechtsseitigen Nierenaffektionen die Möglichkeit der Einklemmung und Quetschung der rechten Niere zwischen Leber und Psoas bei heftiger Erectio trunci.

B. *Symptomatologie und Diagnose. Allgemeinerscheinungen* sind hauptsächlich Abmagerung. Während wir bei malignen Tumoren, sobald sie ins Metastasenstadium übergehen, *kachektische Hautfarbe* finden, fällt bei der Nierentuberkulose die *exquisit blasse Hautfarbe* auf. *Oedeme* finden sich selten. *Unbestimmtere Allgemeinsymptome*, hauptsächlich *nervöser* Natur, kamen speziell bei der Wanderniere zur Beachtung. Bei Nierentraumen wurden schwere *Shockerscheinungen* beobachtet. Klarer sind oft die *Fernwirkungen* mobiler Nieren oder von Nierentumoren *auf andere Organe* und hier stehen zweifellos Magenerscheinungen obenan (*Diagnose:* Carcinoma ventriculi, währendem die Probelaparotomie Wanderniere ergab). Während LITTEN bei Wanderniere 55 %, Magendilatation fand, konstatierte man auf der KRÖNLEIN'schen Klinik solche in 40 %. — Dilatation der subkutanen Bauchvenen, Neuralgieen und Sensibilitätsstörungen in dem Bein der afficierten Seite. Herzaffektionen traten speziell dort auf, wo der sekretorische Druck des einen Organs durch Stauung im Nierenbecken einen wenigstens temporären absoluten Widerstand fand.

Eine Erscheinung, die WYSS gerade in letzter Zeit aufgefallen, ist die, dass eine Nierentuberkulose das einemal so ausserordentlich schwere Allgemeinerscheinungen zu machen im Stande ist, das andere mal vorwärts schreitet, ohne dass der Patient in seinen Berufsgeschäften wesentlich gehindert ist.

Uræmische Zustände sind im Grossen und Ganzen selten. Fiebererscheinungen sind zweifellos häufig bei allen eitrigen Prozessen der Niere, allein gerade bei den Tuberkulosen durchaus nicht konstant. Schüttelfröste leiten öfters Nierenaffektionen ein, oder treten bei Exacerbationen

regelmässig auf. Speziell bei Ureterverschluss scheinen sie charakteristisch zu sein, auch dann, wenn dadurch eiterfreier Urin retinirt wird.

Das speziell bei malignen Tumoren zuerst auftretende lokale Symptom ist der *Nierenschmerz.*

Urinsymptome: Hæmaturie; es wurde bei malignen Tumoren in 80 % Blut gefunden; noch häufiger findet man Blut bei Nierenverletzungen; eine essentielle Hæmaturie, die ihren Ursprung in der Niere gehabt hätte, wurde nie angetroffen[1]. Das Vorhandensein von *Eiter* im Urin, der nicht aus der Blase oder nur zum geringen Teil aus dieser stammt, resp. aus den tieferen Harnwegen, weist zweifellos dann auf eine Erkrankung der Niere hin, wenn ihm Nierenepithelien, Cylinder oder andere Nierenbestandteile beigemischt sind: Eiweiss, Tuberkelbacillen, Nierensandabgang, Echinokokkenblasen.

Bei Besprechung der *diagnostischen* und speziell *differenzialdiagnostischen* Hilfsmittel haben wir stets folgende Punkte in's Auge zu fassen:

1) *Differenzierung, ob es sich um eine Affektion der Niere oder anderer Organe handle.*

2) *Diagnose, welcher Art die Erkrankung sei.*

3) *Diagnose, welcher Seite die Affektion zukomme.*

4) *Beantwortung der oft sehr schwierigen Frage: Ob die andere Niere gesund und funktionstüchtig sei.*

Es müssen weiter zur *Diagnose* herangezogen werden: die Anamnese, die Palpationsmethoden, Aufblähung des Colons mit Luft, die Probenephrotomie, die Cystoskopie, der Ureterenkatheterismus und die *Röntgenstrahlen;* diese letztern gestatten uns, den ganzen Harnapparat von den Nieren bis zur Urethra auf Steine zu untersuchen. Die Art der Steine kommt weniger in Betracht, wiewohl Ringel und A. fanden, dass nur Oxalatsteine radiographisch nachweisbar seien. Letzteres ist nicht richtig; in einem Falle waren z. B. Phosphatsteine von ca. Erbs- bis Wallnussgrösse auf dem Radiogramm deutlich sichtbar und ein ebensolcher Uresterstein.

C. Therapie. « Heilung » der *Nierentuberkulose* durch zweckmässige, innere Therapie dürfte selten sein; um so vorteilhafter ist es freilich, wenn wir neben der chirurgischen Therapie die *allgemeine und innere*

[1] Siehe diesen Jahrgang: F. Suter: « Ueber einseitige, renale Hæmaturie, bedingt durch Teleangiektasien des Nierenbeckens ».

Therapie nicht ausser Acht lassen: *Urotropin* 1.0, 3 × pro die; weiter wies einen guten Erfolg nach der Exstirpation einer Pyonephrose folgendes Recept auf:

Arbutini 0.3. Opii 0.02. Sacchari 0.3. Dos XX. 3 × 1 pro die.

Bei den *Nierenverletzungen* wurde stets möglichst konservatives Verhalten beobachtet: Rückenlage, Eisblase etc.; wo sich später ein Hæmatom durch Infektion zum Abscess entwickelte, wurde incidiert.

Operative Therapie.

Die *Vorbereitung,* auf die Prof. KRÖNLEIN ein sehr grosses Gewicht legt, geschieht in gleicher Weise wie zu Laparotomien. Die *Narkose* wird mit grosser Sorgfalt eingeleitet und seit 1893 nicht nur bei Nierenaffektionen, sondern auch bei allen anderen Operationen fast ausschliesslich *Aether* dazu verwendet. — Stark abgemagerte Patienten werden meist durch leichtes Einbinden ihrer Extremitäten mit Watte und Flanellbinden vor Abkühlung geschützt. Was die *Händedesinfektion* an der KRÖNLEIN'schen Klinik anbetrifft, so ist es schon ca. seit 8 Jahren dasjenige Verfahren, das HÄGLER[1] in seinem lehrreichen Buche, vor einem Jahre, als das souveraine empfohlen hat. — Als *Naht- und Ligaturmaterial* wurde in letzter Zeit ausschliesslich *Seide* verwendet, da speziell bei Nierenoperationen dünne Seide zweifellos sich besser bewährt als Catgut. Mit wenigen Ausnahmen wurde jede Nierenoperation mit dem *Flankenschnitt* begonnen. *Alle* Nierenoperationen wurden (mit einer einzigen Ausnahme) *retroperitoneal* vorgenommen.

Komplikationen bei der Nephrektomie.

Eröffnung des Peritoneums und erschwerte Blutstillung.

Die *Nephropexien* wurden bis 1897 nur selten vorgenommen, seitdem aber ziemlich häufig; in neuerer Zeit bewährte sich am besten die *Guyon'sche Methode:* Fixation des oberen Nierenpoles[2] am Periost der 12ten Rippe vermittelst *Seide;* nie Komplikationen; zweimal wurde vor der Nephropexie die Nephrotomie ausgeführt; auch diese Spaltung komplicierte weder Operation noch Heilungsverlauf[3]. Von Probenephrotomieen

[1] HÄGLER C. S. Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz. Gyn. Helv. I pag. 23.

[2] Siehe diesen Jahrgang: F. WUHRMANN: « Die bewegliche Niere und ihre Anteversion.

[3] Ich habe die gleiche Operation ebenfalls in einer Sitzung ausgeführt, mit vollem Erfolg.

wurden zwei vorgenommen. Interessant ist, dass die Erscheinungen, die nur durch die Wanderniere hervorgerufen sein konnten, auch wirklich durch die gleichzeitige Nephropexie dauernd gehoben wurden.

Folgt ein lehrreicher Fall von Ureterotomie des vesikalen Ureterteils nach Sectio alta, sowie eine ganz eigenartige Beobachtung (von Dr. Hemig) von Nephrektomie wegen Nierencarcinom, bei der 4 Tage « post operationem » sich Ileus einstellte, der durch Atropin gehoben wurde.[1]

D. *Indikationen, Operastionstatistik.*

Eine *Wanderniere* indiciert zweifellos nur dann eine Operation, wenn sie erhebliche Beschwerden macht; es kann dann nur die Nephropexie in Frage kommen. 53.8 % Dauerheilungen.

Küster findet unter seinen eigenen Fällen, dort, wo eine Fixation der Niere mit Silberparenchymnaht vorgenommen wurde, 67 % Heilungen. — Die Indikation zur *Nephrektomie* ist bei *malignen Tumoren* eine absolute, das Schwergewicht beruht (Albaran, Delbet, Geiss und A.) in der frühzeitigen und vollständigen operativen Entfernung des Carcinoms. Es gilt der Krönlein'sche Satz entschieden zu Recht: « *Dass einem so absolut letalen Leiden gegenüber, wie es das Nierencarcinom und Nierensarkom darstellt, ein einziger positiver Erfolg, eine einzige definitive Heilung, mehr wiegt, als zehn und mehr Misserfolge* »; denn gerade jene Patientin, auf die sich obiger Ausspruch bezieht, ist heute noch, nach mehr als 15 Jahren, gesund und munter. Es ist dies der am *längsten beobachtete Fall von Radikalheilung eines Nierencarcinoms*; immerhin beträgt die operative Mortalität im Ganzen 11.1 %, in dem Zeitraum von 1890 bis 1900, 0 %.

Die Indikation für die Nephrektomie bei *zwei cystischen Tumoren*, Cystadenom und Teratom, lag in dem ersten Falle darin, dass bei der kolossalen Grösse des Tumors und dem noch fortdauernden Wachstum, die im 4. Monat schwangere Frau die Unmöglichkeit eines passiven Verhaltens selbst einsah. Der zweite Fall, bei dem die Diagnose vor der Operation wegen der Härte des Tumors auf Carcinom gestellt wurde, zeigte so starke Kachexieerscheinungen, dass die Nephrektomie durchaus indiciert war.

[1] Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben. Gyn. Helv. II pag. 34.



In dem einen Falle von *Echinococcus* wurde die heute allgemein für diese Fälle gebräuchliche *Nephrostomie* ausgeführt und zwar mit gutem Erfolg.

Dass bei *Tuberkulose* der Niere die Indikation zur *Nephrektomie* eine ebenso strikte sei, wie bei malignen Tumoren, haben schon viele Chirurgen betont; der Ureter soll überall da, wo er miterkrankt ist, ausgedehnt resecirt werden. *(Floderus.)* WAGNER findet in anderen gleichzeitig bestehenden tuberkulösen Erkrankungen keine Contraindication gegen die Nephrektomie. An der KRÖNLEIN'schen Klinik konstatierte man 70 % Dauerheilungen nach Nephrektomien bei Tuberkulose der Niere.

Bei *Hydronephrose* ist jene Operation vor allen anderen indiciert, die geeignet ist, das Nierenparenchym zu erhalten und den temporär oder dauernd verschlossenen Abflussweg, den Ureter, offen zu halten: es kommt event. die *Pyeloplicatio* oder Neuimplantation des Ureters *(Israel)* in Frage.

Prof. KRÖNLEIN hat in 3 Fällen von Hydronephrosis intermittens und Wanderniere mit glänzendem Dauerfolg die Nephropexie allein vorgenommen, in einem 4. Falle dagegen die Nephropexie der Nephrostomie unmittelbar angereiht.

Bei *Pyonephrose* möchten wir die *Nephrostomie* als das legale Vorgehen betrachten, dann wenigstens, wenn noch reichlich Nierenparenchym vorhanden ist.

Bei *Steinniere* ist die Nephrektomie contraindiciert, besonders, da wir mit der idealen *Lithotomie* und der *Nephrostomie* resp. offenen *Nephrolithotomie* in allen Fällen auskommen können.

Für *Ureteraffektionen* möchte WYSS an Hand des KRÖNLEIN'schen Materiales die Indikation zur Nephrektomie folgendermassen fixieren.

« Bei ausgesprochen renalen Schmerzanfällen, die kombiniert mit urämischen Zuständen keinen anderen Grund als eine Uretererkrankung einer Seite annehmen lassen, soll dann die Nephrektomie vorgenommen werden, wenn eine Blosslegung des Ureters unmöglich ist und eine Sondierung nicht zum Ziele führt; ferner dann, wenn bei einer abdominellen Operation ein Ureter resecirt worden ist, und das obere Ende weder sicher mit dem unteren vereinigt, noch in die Blase implantiert werden kann.

E. *Pathologisch-Anatomisches.* Wir müssen uns darauf beschränken, nur ganz kurz die KRÖNLEIN'sche Erweiterung des PELS-LEUSDEN Satzes betreffs der Nierentuberkulose, auszuführen.

PELS-LEUSDEN sagt am Schlusse seiner Arbeit über Nierentuberkulose: « Das Vorkommen einer spontanen Ausheilung der Nierentuberkulose ist nicht vollkommen auszuschliessen. » KRÖNLEIN modificierte diesen Satz folgendermassen:

« *Eine Nierentuberkulose kann in seltenen Fällen nach langer Zeit spontan ausheilen; allerdings ist dabei die Gefahr einer Infektion der andern Niere so gross, dass es nie gerechtfertigt sein wird, die Nephrektomie nur aus diesem Grunde zu unterlassen, zumal da auch die spontane Heilung nur eine relative ist.* »

Dem interessanten Kapitel ist im Text ein Röntgenbild eines « aufgeklappten Nierenteratoïds » beigegeben.

F. *Uebersicht* und *Schlussfolgerungen*:

1) *Hydronephrosen entstehen nicht bei akutem Ureterverschluss, so lange das Nierenbecken intakt ist; wohl aber bei intermittirendem Verschluss und Ureterstenosen, zumal dann, wenn gleichzeitig eine Veränderung der Nierenbeckenmuskulatur zu stande kommt.*

2) *Nierentuberkulosen sind häufig primär, wenigstens was den Urogenitaltraktus betrifft. Tuberkulöse Erkrankung verleiht der Niere häufig ein gelapptes Aussehen; in unseren Fällen konnte Vorkommen von Tuberkulose in einer primär gelappten Niere nicht nachgewiesen werden.*

3) *Es gibt spontane Ausheilungen der Nierentuberkulose; sie sind aber äusserst selten, unsicher und es besteht ganz besonders bis zur Ausheilung eine grosse Gefahr für die andere gesunde Niere.*

4) *Es gibt echte Knochentumoren der Niere, die aus der Niere selbst entstanden sind.*

5) *Auch bei den grössten Nierentumoren ist die Exstirpation auf extraperitonealem Wege (Flankenschnitt) möglich, insofern eine Exstirpation überhaupt noch vorgenommen werden darf.*

6) *Die Aethernarkose ist bei Nephrektomieen, um eine Nephritis der anderen Niere zu vermeiden, der Chloroformnarkose vorzuziehen.*

7) *Die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Niere ist eine der erfolgreichsten Operationen.*

8) *Intermittierende Hydronephrosen, die aus dem Zustand einer Wanderniere hervorgegangen sind, indicieren vor allem die Nephropexie.*

9) *Bei akutem, irreparablem Ureterverschluss ist die Nephrektomie bei gutem Kräftezustand und normalem Verhalten der anderen Niere nur dann indiciert, wenn renale Schmerzanfälle vorliegen oder ein unge-*

nügender Verschluss (intraperitoneale Ligatur) des oberen stumpfes besteht.

10) *Es gibt eine polycystische Degeneration nicht nur einer Niere, sondern auch eines einzelnen Nierenabschnittes, bei makr vollständig normalem Verhalten des übrigen Teiles der Nie gewiss sehr seltenen Fälle verhalten sich in therapeutischer Hins anders als genuine Tumoren einer Niere.*

G. *Krankengeschichten.* Einzelne Krankengeschichten wurd angezeigt schien, zwischen den obigen Text eingeflochten; das C hier, sowohl zusammenhängend, als in tabellarischer Uebersich

At last but not at least folgen auf 19 kolorirten Tafeln, 34 kün ausgeführte Wiedergaben von bei der Operation gewonnenen präparaten; auf Taf. XX wird ein Röntgenbild von linksseitige steinen und linksseitigem Phosphatstein im untersten Teil des neben der Blase gelegen, vor Augen geführt, endlich auf der X folgen mikroskopische Abbildungen, aus einem teratoïden I cystentumor und aus einem grossen Cystentumor der l. Niere.

Die Arbeit von Wyss ist 243 Seiten stark; die Materie d lein'schen Klinik ist darin durchweg tüchtig verarbeitet.

Dr. Henri Zbinden, Interlaken:

Die Neurasthenie und die Psychotherapie.

Neurasthénie et Psychothérapie.

(Imprimerie W. Kündig & Fils, Genève. 1902.)

Erstes Kapitel. Die Neurasthenie. Es handelt sich um eine nelle Störung des Nervensystems, ohne jegliche organische die sich durch grosses Müdigkeitsgefühl und enorme Re kund gibt.

Zweites Kapitel. Die Behandlung der Neurasthenie. Man hat drotherapie, die Massage und die Elektrotherapie in Anwen bracht; die Methode, die aber die besten Resultate bis jetzt geze ist die Isolir-Methode von Weir-Mitchell. Dr. Dubois in Bern Weir-Mitchell'sche Kur oft in Anwendung gebracht, bemerkt dass das Hauptmoment der Heilung in der psychischen Beeinflus

ge. Zbinden teilt nun 10 einschlagende Fälle detailliert mit und gibt die vermittelst « Ueberernährung und psychischer Beeinflussung » erziehlten Resultate.

Drittes Kapitel. Schlussfolgerungen. Die Wirksamkeit der Psychotherapie ist erwiesen; sie ist es, die die Wunderkuren herbeiführt, die den günstigen Einfluss von Kräutern etc. durch Kurpfuscher verabfolgt, garantirt; auf sie ist der Erfolg der Kneippkuren und der Wunderwirkungen von Lourdes zurückzuführen. Es ist der absolute Glauben eines Kranken in die Wirkung irgend eines Quellwassers, der seinen psychischen Zustand umstimmt und ihn heilt.

Warum diese latente Heilkraft verkümmern lassen? Warum deren Anwendung Charlatanen überlassen, die nicht darauf vorbereitet sind, selbe zu entwickeln und wissenschaftlich anzuwenden? Die Heilkunde muss in der Behandlung der funktionellen Krankheiten Fortschritte machen und dabei hilft ihr vorzüglich die Psychotherapie.

Was für Eigenschaften muss der Psychotherapeut haben? Geduld, Güte, entschlossenes Auftreten. Von Seiten der Kranken muss man Vertrauen und Gehorsam verlangen.

Am Schlusse der sehr lesens- und beherzigenswerten Broschüre sagt Zbinden:

« Neurastheniker, der Du dieses Buch liest, habe Mut, habe Vertrauen, kämpfe mit Geduld, die Heilung wird sicherlich nicht ausbleiben » !

II.

Dissertationen.

Dr. A. Baltischwiler, Laufenburg, Ct. Aargau:

Myome und deren Complikationen.

(Druck von Müller, Werder & C[ie] Zürich 1902.)

In der vorliegenden Arbeit werden die Komplikationen bei Myom des Uterus besprochen, die an dem *Krankenmaterial der Universitätsfrauenklinik des Herrn Prof.* Döderlein *in Tübingen* im Zeitraum von Oktober 1897 bis Neujahr 1901 zur Beobachtung kamen.

Berücksichtigt werden zuerst: 1. Die Frequenz der Myome in Tübingen; 2. Die Altersverhältnisse der Patienten; 3. Die Geburtenzahl derselben; 4. Die Indikationen zur Operation; 5. Die Art und 6. der Erfolg des operativen Eingriffes. Die Indikationen, die in 233 Fällen eine Operation notwendig machten, waren folgende:

1. Blutungen in Form von Meno- oder Metrorrhagien.
2. Schmerzen.
3. Unaufhaltsames Wachstum der Geschwulst.
4. Maligne Degenaration derselben.
5. Druckerscheinungen von Seiten der Blase und des Rectums.
6. Vereiterung resp. Verjauchung des Myoms.
7. In seltenen Fällen Ansammlung von Ascites.

Die einzelnen Indikationen werden durch typische Fälle detailliert illustriert.

Baltischwiler stellt im weiteren Verlaufe seiner Arbeit *folgende zwei Fragen* auf:

1. « Ist das Myom als solches geeignet Krankheitszustände im weiblichen Organismus hervorzurufen, die wir als Complicationen bezeichnen dürfen, oder

2. Sind es nur Erkrankungen, die wir zufällig mit Myom zusammen antreffen, welche wir als solche ansprechen können? »

Das Myom als solches kann Schaden anstellen durch eine mechanische Compression, durch Lageveränderungen des Uterus und der Adnexe, durch grössere und kleinere pathologische Veränderungen an den Tuben und Ovarien, durch Peritonealverwachsungen, durch Ansammlung von Ascites.

Eine Sonderstellung nehmen die Herz- und Gefässveränderungen bei Myom insofern ein, als sie nicht direkte Folgezustände des Myoms, sondern als Folge der Blutungen aufzufassen sind, welche aus dem durch das Myom krankgemachten Endometrium auftreten.

Wir treffen verhältnismässig häufig pathologische Verhältnisse im Bau des Myoms an; diese beruhen teils auf Ernährungsstörungen, sind also regressiver Art, teils beruhen sie auf dem Eindringen von Entzündungserregern in das lebende Myomgewebe. (Einfache Atrophie. Fettmetamorphose, Myxomatose, in spätern Stadien cystische Erweichung. Amyloidentartung. Nekrose und Verkalkung.) Zu erwähnen wäre noch die sarkomatöse Entartung.

Welche von dem Myom hervorgerufenen Veränderungen sind als Complikationen aufzufassen?

I. *Im Myom:* Die sekundären pathologischen Änderungen im Bau der Kugelmyome.

II. *Neben Myom.*

a) *Complicationen, die ætiologisch durch das Myom bedingt sind,* wie Peritonealverwachsungen, Ascites, Stieldrehung, Hydrosalpinx, Hydronephrose in Folge von Ureterenkompression; Herz- und Gefässveränderungen; Blutungen in die Bauchhöhle aus Gefässen, welche sich in Folge von Stauung durch den Druck des Myoms erweiterten und aus irgend einem Grund an einer Stelle zerrissen.

b) *Complicationen, die ætiologisch unabhängig vom Myom sind.* Hieher gehören alle zufällig mit Myom zusammen angetroffenen Krankheiten der Genitalien.

Nach diesem Schema angeordnet werden nun die an der Döderlein'schen Klinik beobachteten Complicationen eingehend besprochen.

Dr T. BETSCHMANN, Flawil, Kt. St. Gallen:

Ueber ein fibro-epitheliales, traubiges Papillom des Ovarium und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Zürich.
(Polygraphisches Institut, A.-G., Zürich. 1902.)

Das Präparat wurde an der Frauenklinik in Zürich gewonnen. Die Tumormasse wiegt nach längerem Liegen in 70 % Alkohol 402 Gramm und setzt sich zusammen aus 47 einzelnen, traubenförmigen, wallnuss- bis mannsfaustgrossen Bestandteilen.

Die sehr eingehende *histologische Untersuchung* erstreckt sich auf 10 verschiedene Gewebsstücke; dann wird an Hand der *Litteratur* die Entstehung der Ovarialcysten besprochen und bekennt sich der Autor zur v. KAHLDEN'schen *Theorie*, d. h. der direkten Umwandlung des Keimepithels:

1. « Das typische Keimepithel macht Einsenkungen in Form von Schläuchen und Zellhaufen. Diese Einsenkungen zeigen vielerorts in der Tiefe sekundäre Verzweigungen.

2. In den Einsenkungen kann die Umwandlung der ursprünglich kurz-cylindrischen Form, teils in hohe Cylinderform, teils in rund-ovales, teils in kubisches Epithel, direkt nachgewiesen werden.

3. Sämtliche Einsenkungen finden sich über der Rindenschicht, in den alleroberflächlichsten Lagen des Ovariums, wo gar keine GRAAF'schen Follikel vorkommen.

4. Gelangten mehrere kleine Cystchen zur Beobachtung, teils mit typischem Keimepithel ausgekleidet, teils mit Zellformen, wie wir sie nur im Zusammenhang mit charakteristischem ovarialen Oberflächenepithel gefunden und als modifiziertes Keimepithel beschrieben haben; ferner zeigen diese Cysten papilläre Wucherungen in mannigfaltigen Stadien; sämtliche Cystchen liegen über der Rindenschicht.

5. Die Cystenwand aller Hohlräume zeigt nirgends eine thekaartige Anordnung des Stromas oder gar eine Differenzierung in Tunica fibrosa und Tunica propria.

6. Die vorhandenen Graaf'schen Follikel liegen alle unterhalb der Rindenschicht, weisen nirgends pathologische Veränderungen auf.

7. Bewahrt die Zellwucherung, die mit der Entfernung vom Ovarium an Ueppigkeit mächtiger und mächtiger wird, überall den gleichen

orphologischen Charakter, wie wir ihn am Ovarium in den schlauch-rmigen Einsenkungen und epithelialen Einlagerungen, in den Cysten, ı den intracystischen und freien Papillen konstatieren konnten. »

« *Fasst man die Ergebnisse sämtlicher Beobachtungen zusammen, so* *ht daraus hervor, dass wir hier einen Fall haben, der dartut, dass es* *ystome gibt, die mit einer Erweiterung der* GRAAF'schen *Follikel, soge-* *nnten Retentionscysten, in keiner Beziehung stehen, wohl aber ihre* *bstammung vom Keimepithel mit grosser Wahrscheinlichkeit nachweisen* *ssen.* »

Die Details der sehr genauen Untersuchungen müssen natürlich n Original nachgelesen werden. Die Litteraturübersicht führt 28 Ar-eiten auf.

10 äusserst gelungene mikroskopische Abbildungen erläutern den ext.

Dr. H. BIEHLY, Frutigen:

Die Kolpektomie als Prolapsoperation.

Aus der Frauenklinik in Bern.

(Buchdruckerei Stämpfli & Cie, Bern, 1902.)

BIEHLY stellt 25 Fälle von « *P. Müller'scher Kolpektomie zur Beseitigung es Prolapses älterer Frauen* » zusammen. (Operationsverfahren mit 2 bbildungen siehe Gyn. Helv. I. pag. 51, unten.)

MARTIN machte die Kolpektomie an einer 78jährigen Frau, bei sehr rossem Prolaps, mit gutem Erfolg.

PFLANZ in Wien operierte 8 Fälle mit bestem Resultat und BUMM ührte die Operation an einer 64 jährigen Frau unter Schleich'scher naesthesie aus.

BIEHLY zieht aus den 25 Beobachtungen der *Berner Klinik* folgende Bilanz:

« Von den erwähnten 25 Fällen starb der letzte an septischer Infek-ion, indem sich während der Operation dünnflüssiger Stuhl entleerte und die Wunde infizierte, auch nach der Operation fand noch Infektion tatt, da die Patientin zu verschiedenen Malen den Verband entfernte. Jedenfalls soll dieser unglückliche Zufall die Methode nicht als eine ge-ährliche in Misskredit bringen. Von den noch restierenden 24 Fällen

erhielten wir auf unsere Anfrage nach dem gegenwärtigen Befinden im August 1901, also $5^1/_2$ Jahre nach der ersten und 4 Monate nach der letzten Operation, 20 mal äusserst günstigen Bescheid. Von den vier übrigen Frauen konnte der Aufenthaltsort nicht mehr eruiert werden. Die Frauen befinden sich vollkommen wohl, sind frei von Beschwerden und können ihrer gewohnten Arbeit wieder nachgehen. Anzeichen vom Bestehen einer Hydrometra konnten wir keine in Erfahrung bringen: eine solche hätte doch jedenfalls einige Beschwerden zur Folge, andernfalls brauchen wir sie auch nicht zu fürchten. Stocker in Luzern stellte, teils um eine Hydrometra zu vermeiden, teils um die Müller'sche Operation auch bei noch menstruierenden Frauen anwenden zu können, einen künstlichen Abflusskanal vom Uterus in die Narbe her, was Müller bereits auf ähnliche Weise ausgeführt und auch an der Naturforscherversammlung zu Frankfurt a/M. 1896 mitgeteilt hat.

Die Vorteile der Kolpektomie, die ja nur bei älteren Individuen in Betracht kommt, möchte ich noch besonders hervorheben. Ein Recidiv ist, wenn die Operation richtig ausgeführt, undenkbar, die Operation aber im Vergleich z. B. mit der Totalexstirpation viel weniger eingreifend, da das Peritoneum nicht eröffnet werden muss und die Zeitdauer eine kürzere ist. Eine Narkose ist nicht absolut notwendig; in unsern Fällen wurde verschiedene Male nur unter Schleich'scher, einmal sogar ohne jegliche Anästhesie operiert, ohne dass die Patientinnen Schmerzen geäussert hätten. Daneben heben wir die kurze Heilungsdauer hervor; die Patientinnen können oft nach 3 bis 4 Tagen das Bett verlassen und sich bewegen, Faktoren, die bei alten, oft schwachen Frauen ins Gewicht fallen.

Natürlich kann das Verfahren nur in gewissen Fällen zur Anwendung kommen. Vorausgesetzt sind vorgerücktes Alter, Erloschensein der Menstruation, Fehlen eines stärkeren Katarrhs (in leichtern Fällen wird derselbe durch Curettement und Ätzung mit 50 %iger Karbolsäure unschädlich gemacht) und Verzicht auf Kohabitation. Dass man dabei gut thut, trotz des vorgerückten Alters auch den Ehemann um seine Erlaubnis anzufragen, haben wir erfahren.

Was die Heilerfolge anlangt, so können diese als gute bezeichnet werden. »

Anmerkung: Siehe Gyn. Helv. I pag. 50: Dr S. Stocker: Scheidenexstirpation bei Prolaps, und pag. 51: Dr E. Wormser: Die Kolpektomie zur Beseitigung des Prolapses älterer Frauen.

Dr. Ch. Bôle, Le Locle:

Ueber primäre Uterustuberkulose.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Zürich.

(Druck von Aschmann & Scheller, Zürich 1902.)

Die Tuberkulose des Uterus ist eine seltene Affektion, trotzdem in den letzten Jahren die Zahl der publizierten Fälle sich um ein beträchtliches vermehrt hat.

Das Verdienst, die ersten ernsten Arbeiten über diese interessante Frage publiziert zu haben, gehört Rokitansky und Brouardel. Im Jahre 1881 brachte Gehle den strikten Beweis für das Vorkommen wirklicher primärer Tuberkulose der weiblichen Genitalien.

Ein in der *Zürcher-Frauenklinik* beobachteter Fall gibt Bôle die Veranlassung auf das Thema der *primären Uterustuberkulose* einlässlich zu sprechen zu kommen:

Anamnese: 50 Jahre alte Frau. Hereditär phthisisch belastet. Menses mit 13 Jahren, 5 Tage dauernd, profus, mit Fluor albus. Zweimal verheiratet; beide Ehen kinderlos. Im Jahre 1895 werden die Krämpfe während der Menses stärker; Schmerzen « in abdomine ». Menses reichlicher, bis 14 Tage dauernd. In den letzten Jahren wurden die Schmerzen immer stärker und machten Pat. arbeitsunfähig. Pat. nahm an Kräften ab. Mitte Dezember 1898 wurde in der Poliklinik eine Geschwulst des Uterus diagnostiziert.

Status præsens: Vagina mittelweit, glatt; Portio nullipaar, derb, circa 3 cm. lang. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man einen faustgrossen Tumor, welcher von harter Konsistenz ist und diffus in die Uteruswand übergeht. Uterus anteflectirt, kindskopfgross, gut beweglich, etwas schmerzhaft auf Druck. Fundus 4 Finger breit oberhalb der Symphyse. Adnexe nicht fühlbar. Urin eiweissfrei. *Diagnose:* Myoma uteri.

Laparotomie: Totalexstirpation nach Freund: Der exstirpirte Tumor ist etwas über doppeltfaustgross. Der aufgeschnittene Uterus weist ein submucös-intramurales Myom der vorderen Uteruswand auf, das diffus in die Muskulatur übergeht. Die oberflächlichen Partien sind in necrotischem Zerfall begriffen und werden einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen, wobei sich die Tatsache ergibt, dass es sich um eine *tuberkulöse Affektion des Uterus* handelt.

Aus der *makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung des Uterus und der Tuben* geht hervor, dass man es mit einem äusserst seltenen Fall von benignem Tumor (Myom) der vorderen Uteruswand, kombiniert mit einer *primären Utero-Tubartuberkulose* zu thun hat; es handelt sich um eine ascendierende, interstitielle Uterustuberkulose, verbunden mit Myom, welche auf die Tuben übergegriffen hat.

Warum blieb aber die Portio frei von jeder krankhaften Veränderung?

Man muss eine ausserordentlich geringe Empfänglichkeit derselben für die Tuberkelbacillen anerkennen und zwar infolge ihres Plattenepithelüberzuges; die starke Sekretion der Cervix ist noch ein weiterer natürlicher Schutz gegen das Eindringen und Haften der Tuberkelbacillen.

Die Infektion kann sehr gut zuerst, d. h. primär, am Uterus erfolgt sein, nachdem die Portio und die Cervix übersprungen worden sind.

Die *Aetiologie* lässt sich im vorliegenden Fall nicht eruieren: Pessar?

Die *Diagnose* der primären Tuberkulose des Uterus ist keine leichte. Histologische Untersuchung curettirter Massen.

Die *Prognose* ist ernst, wenn nicht zweckentsprechend eingeschritten wird.

Therapie: Die totale Exstirpation des Uterus ist der einzige Weg, um bei Frauen mit primärer Tuberkulose des Uterus und genügendem Kräftezustand, einen dauernden Erfolg zu erzielen; nachher kommen in Betracht Luftkur, Uebererernährung, Ruhe, etc.

Dr. ARTHUR BOSSART, Baar, Kt. Zug:

Zur Chemie der Verfettung in krankhaften Neubildungen und im tuberkulösen Gewebe.

(Buchdruckerei von G. Keller, Aarau 1902.)

Bei Hunden, denen durch langdauernde reichliche Fütterung mit Leinöl oder Hammeltalg, diese besondern Fettarten im Fettgewebe zum Ansatz gebracht worden waren, wurde durch Phosphor oder durch Phlorizin eine Fettleber erzeugt; in dieser liessen sich dann je nachdem Leinöl oder Hammeltalg nachweisen. Aus diesen LEBEDEFF-ROSENFELD'schen Versuchen scheint als sicher hervorzugehen, dass sich bei diesen Vergiftungen das Fett der Leber wenigstens zum grössten Teil nicht an Ort und Stelle aus dem Eiweis oder Protoplasma der Leberzellen selbst gebildet hat, sondern dass es sich dabei in der Hauptsache um eine *Fettwanderung* aus den Fettdepots nach der Leber und um eine Aufstapelung in dieser handelt; es ist daher damit noch nicht entschieden, ob die fettige « Degeneration » anderer Organe, z. B. des *puerperalen Uterus* gleichfalls nur als eine Fettinfiltration aufzufassen ist.

Auf Veranlassung von Herrn Prof. FRIED. MÜLLER hat es BOSSART nun unternommen, die interessanten LEBEDEFF-ROSENFELD'schen Versuche über die Wanderung des Fettes auf ihre Ergebnisse bei der Untersuchung von fettig degenerirten, krankhaften Neubildungen und tuberkulösem Käse zu prüfen.

Den *Gynækologen* interessieren hauptsächlich die Untersuchungen von: *Fibromyoma uteri, Fibrosarcoma ovarii, Carcinoma* und *Sarcoma mammae.*

BOSSART fasst seine fleissigen Untersuchungen folgendermassen zusammen:

1. Jene Neubildungen, die noch gut erhalten sind, deren Zellen keine Degenerationszeichen aufweisen, enthalten sehr viel Lecithin, so beim *Uterusmyom,* beim *Fibrosarcom* der *Lymphdrüsen,* obwohl in diesen mit Sudan III (ein Bisazofarbestoff von der Formel C_{22} H_{10} N_4 6, von Prof. NIETZKI in Basel in den Handel gebracht und von DADDI zur Fettfärbung in der Histologie eingeführt) kein Fett, beziehungsweise keine fettige Degeneration mikroskopisch nachgewiesen werden konnte.

2. In jenen Neubildungen, die der käsigen Nekrobiose anheimgefallen sind, ist wiederholt kein Lecithin gefunden worden, so beim reinen Käse: in anderen Fällen dagegen ist sogar reichlich Lecithin gefunden worden.

3. Da wo die Zellen gut erhalten sind, ist viel Lecithin vorhanden, weil dieses ein Bestandteil der lebendigen Zelle ist und in den jungen Zellen pathologischer Neubildungen reichlicher vorkommt. Bei fortschreitendem Zerfall des Gewebes und eintretendem Zelltod verschwindet das Lecithin allmählig, während sehr hohe Prozentzahlen Fett vorhanden sind, *so dass man annehmen darf, dass das reichliche Fett, das da vorhanden ist, aus dem Lecithin gebildet sein kann.*

4. Auch die mikroskopischen Bilder mit Sudan III ergaben in Uebereinstimmung mit den Befunden von W. ROSENTHAL, dass in den wohlerhaltenen lebenstüchtigen Zellen mit gut färbbarem Kern kein oder nur wenig Fett enthalten ist, dass solche Zellen dagegen reichlich Fett enthalten, bei welchen wegen mangelnder Kernfärbung eine tief greifende Ernährungsstörung oder sogar ein beginnender Zelltod anzunehmen ist. Wo jedoch die Zellen gänzlich zu Grunde gegangen und in den käsigen Detritus verwandelt sind, ist das Fett nur noch Anfangs in seiner Anordnung dort zu erkennen, wo offenbar früher Zellgrenzen gelegen hatten, und später verschwindet dieses mit Sudan III nachweisbare Fett

vollständig. Dass dabei das Fett in solchem Käse nicht wirklich ganz verschwunden ist, sondern nur der Sudanfärbung nicht zugänglich ist, geht daraus hervor, dass die chemische Untersuchung in allen solchen Käsen Fett und sogar in grossen Mengen hat nachweisen können.

Dr. C. Bürgi, Wädensweil:

Beitrag zur Kenntnis der Gynæcomastie.

(Buchdruckerei H. Börsig, Zürich, 1902.)

Die Arbeit beginnt mit der Schilderung des normalen Entwicklungsganges der Brustdrüse der beiden Geschlechter; es können gelegentlich wesentliche Störungen auftreten, sei es durch Entwicklung der verschiedenen Geschwulstarten, sei es durch entzündliche Vorgänge oder durch abnorme Vermehrung und Vergrösserung (Hypertrophie) der in der normalen Mamma enthaltenen Gewebselemente. Fälle excessiven Wachstums einer oder beider Brüste des Weibes finden sich häufig in der Litteratur, aber auch beim Manne finden wir als Curiosum eine Hypertrophie der normalen Gewebsbestandteile, die eine solche Ausdehnung annehmen kann, dass sie an das Volumen einer gut entwickelten, weiblichen Brustdrüse heranreicht.

Diese Erscheinung nennt man *Gynæcomastie* (γυνη = Weib; μαδιος = mamma = Brustdrüse), die männlichen Individuen, die damit behaftet sind, *Gynæcomasten.*

Aetiologie: Die Heredität spielt eine grosse Rolle (Degenerationszeichen). Eine gewisse Prædisposition zur genannten Affektion setzen ausserdem Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Tuberkulose, Scrophulose und *Alkoholismus,* ferner kommen in Betracht traumatische Einflüsse. Dass Veränderungen, namentlich degenerativer Art, an anderweitigen Drüsenorganen Gynæcomastie zur Folge haben können, ist eine Tatsache auf die J.-C.-A. Mayer im Jahre 1788 aufmerksam gemacht hat. Mitunter kommt es vor, dass eine Vergrösserung der Brustdrüsen sich mit jenen schmerzhaften Empfindungen der Brustdrüsen verbindet, die wir nicht selten bei Jünglingen antreffen, die ihre Pubertätszeit durchmachen. Anstatt, dass sich die bestehende unbedeutende Hypertrophie zurückbildet, kann auch eine eigentliche Gynæcomastie daraus resultieren. Man hat ferner bemerkt, dass Gynæcomasten relativ häufig in solchen

Familien vorkommen, in welchen bei den weiblichen Mitgliedern Carcinoma mammæ zur Beobachtung kam.

In weitaus den meisten Fällen jedoch tritt die *Gynæcomastie* auf, ohne dass wir dafür eine Ursache ausfindig machen können.

Anatomisches Verhalten: STIEDA gibt folgende Beschreibung: « Die hypertrophierte Mamma besteht aus kernarmem Bindegewebe mit reichlichem Fettgewebe. Die drüsigen Bestandteile bestehen aus tubulösen Gängen mit cylindrischem Epithel und kolbigen Enden, aber ohne wirkliche Bläschenbildung und ohne acinösen Bau. »

Vorkommen und Symptome: Die Gynæcomastie tritt gewöhnlich zur Zeit der Pubertät auf und ist am häufigsten doppelseitig.

Es stellen sich in den befallenen Brüsten gewöhnlich Schmerzen ein; erstere wachsen binnen einem Jahre zu ihrer definitiven Grösse. Entzündungen der Brustdrüsen (Mastitis) kommen vor, jedoch nicht häufiger als Entzündungen der männlichen Brustdrüsen überhaupt; zu Neubildungen, besonders Krebs, scheinen sie nicht zu disponieren; eine climacterische Rückbildung kommt in ihnen nicht vor. Eine Beobachtung von ALEXANDER V. HUMBOLDT spricht dafür, dass die Gynæcomasten auch Milch absondern können.

Was nun die *Grösse der Brustdrüsen* bei Gynæcomastie anbelangt, so kann das Volumen bis zum 4 fachen vermehrt sein; weiter seien erwähnt Fettleibigkeit, hohe Stimmlage und mangelhaft entwickelter Bartwuchs, mangelhaft entwickelte oder missgebildete Geschlechtsorgane; manchmal eine gewisse Reduktion aller geistigen Eigenschaften.

Im Anschluss an das geschilderte Symptomenbild gibt nun BÜRGI die Beschreibung eines selbst beobachteten *Falles von Gynæcomastie:*

16 Jahre alter Kaufmannslehrling; betreffs Heredität nichts Abnormes nachzuweisen; gracil gebaut; Stimme auffällig hoch; kein Bartwuchs; Behaarung der Genitalien vollständig normal; Genitalien eher etwas zu kräftig entwickelt.

« Am Thorax fallen zwei kräftig entwickelte « mammæ » auf, die ca. 6 cm. hoch vorspringen. Der Basaldurchmesser beträgt links 12 cm., rechts 11 cm. Die Areola mammæ ist auf der mamma leicht proeminent. Sie misst rechts 2 cm., links 3 cm. Montgomeri'sche Drüsen sind deutlich sichtbar. Die Warze ist beidseitig kräftig entwickelt. Durch die Palpation lässt sich ein Kranz sehr deutlich fühlbarer Drüsenläppchen nachweisen; keine Spur von Secret; fleissiger, ernster, intelligenter Bursche; er bietet keine Anhaltspunkte, die auf weibliche Neigung schliessen lassen. Pollutio nocturna tritt selten ein. »

Therapie: Die innere und äussere Anwendung von Jodkali, verbunden mit Compression (FOOT), hatte keinen Erfolg; eine operative

Entfernung der Anomalie bietet selbstverständlich keine technischen Schwierigkeiten.

Differenzialdiagnose: Sarcome und Carcinome sind sehr selten und machen frühzeitige Metastasen; das diffuse, plexiforme Adenom be-



Fig. 24.



Fig. 25.

wirkt eine nur ganz minime Vergrösserung und verwischt mehr oder weniger die Drüsenzeichnung. Anlass zu Verwechslungen könnten eher die *Mastitis traumatica* der Männer und die *Mastitis pubescentium virilis* geben.

Bei fettleibigen Männern, mit hängenden Brüsten, wird die Palpation den Mangel an Drüsensubstanz sofort konstatieren. Das gleiche ist von den hängenden Brüsten bei Myxœdem zu sagen. Ebensowenig kann eine hypertrophierte Brust, als Teilerscheinung eines halbseitigen Riesenwuchses, mit Gynæcomastie verwechselt werden.

Dr. P. Campiche, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Ether-Narkose.
Contribution à l'étude de la Narcose à l'Ether.

Clinique chirurgicale de l'Université de Lausanne.

(Imprimerie Ch. Eggimann et Cie, Genève, 1902.)

511 Kranke wurden vermittelst Ether narkotisiert, 205 vermittelst Chloroform; die einzelnen Fälle werden übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt.

Zum Schlusse der 109 Seiten starken Arbeit zieht der Verfasser folgende *Schlussfolgerungen:*

1. Der Ether reizt in spezifischer Weise die Bronchen und die Lungen und ist daher jedesmal dann contraindiciert, wenn die Respirationswege sich in krankhaftem Zustande befinden.

2. Selbst wenn man die dem Ether eigenen Contraindicationen respectiert und in der Verabreichung dieses Betäubungsmittels äusserst vorsichtig vorgeht, wird man die Ether-Pneumonien nicht ganz aus der Welt schaffen.

3. Eine gewisse Anzahl dieser üblen Zufälle sind unvermeidbar und ereignen sich eben so leicht und in stärkerer Proportion nach Chloroform-Narkosen.

4. Ether und Chloroform halten sich also bezüglich der Lungen-Complikationen die Waage; ihre Rolle als Erreger dieser Complikationen ist eine zum mindesten sekundäre und wurde stark überschätzt.

5. Ein schlechter Allgemeinzustand übt schon für sich, in einer gewissen Anzahl von Fällen, einen deletären Einfluss aus.

6. Bei der grossen Mehrzahl der Kranken treten jedoch nur bei bestimmten Interventionen Lungencomplikationen auf, so nach Hernienoperationen, nach Laparotomieen und Strumectomieen.

7. Der Ether, weniger gefährlich wie das Chloroform, was die späteren Consequenzen anbelangt (Bronchitis und Pneunomie), soll, so weit nicht formelle Gegenanzeigen in Betracht kommen, in erster Linie in Anwendung kommen, wegen seiner enormen Vorzüge über das Chloroform, wie: 1. Ausgedehnteres Indicationsgebiet und Ungefährlichkeit für das Herz.

Die Arbeit führt 78 einschlagende Arbeiten an.



Dr. E. Cheintziss, Lausanne:

Die Ovarien-Organotherapie.
Organothérapie Ovarienne.
(Imprimerie Ch. Pache, Lausanne, 1902.)

Es handelt sich um eine hübsche Zusammenstellung alles Wissenwerten aus dem Gebiet der Ovarien-Organotherapie.

Nach einleitenden Bemerkungen über die *Innere-Sekretion von drüsigen Organen* folgt ein ganz kurzer *historischer Ueberblick für die Organotherapie der Ovarien.* Muret, der das Material zur vorliegenden Arbeit geliefert, hat schon im Jahre 1893 Ovariensubstanz verabfolgt; in Deutschland fand die Ovariotherapie besonders seit dem Jahre 1896 Eingang.

Der Verfasser kommt des weiteren auf *die Art und Weise des Einwirkens der Organotherapie der Ovarien* zu sprechen, sowie auf das interessante Kapitel der *Ovarien-Implantation;* dann wird *der Einfluss auf Störungen während der Menopause, auf Störungen nach der Kastration und bei ovarieller Insufficienz junger Mädchen* diskutirt.

Muret hat dann im Jahre 1896 als Erster *Ovariensubstanz bei der Chlorose* in Anwendung gebracht; weitere Krankheiten, die der Ovariotherapie unterworfen wurden, waren: *Morbus Basedowii, Psychosen und Neurosen, Hautaffektionen und Osteomalacie.*

Die Ovarialsubstanz wurde sowohl in der Form von Ovarien selbst, als auch in Pulver und flüssiger Form verschrieben.

Prof. Buttin in Lausanne stellt seit einiger Zeit ein *Fluidovarine* her, das von Muret eingeführt, zweimal täglich 10 bis 15 Tropfen zu nehmen ist.

Wir geben im Folgenden das *Resumé* der sehr lesenswerten Arbeit:

1. Das Ovarium besitzt eine äussere Sekretion (Ovulum) und eine innere Sekretion.

2. Die innere Sekretion hat ihren Sitz wahrscheinlich im Corpus luteum.

3. Die Natur dieser inneren Sekretion ist noch unbekannt; sie scheint derjenigen der Hoden sich zu nähern und spielt eine wichtige Rolle bezüglich Regularisation der Funktion des weiblichen Organismus.

4. Nach der Kastration treten eine Menge von Störungen auf, die von der Unterdrückung der inneren Ovarialsekretion herzustammen scheinen.

5. Die konservative Chirurgie der Ovarien ist sehr zu empfehlen, denn wie Experimente mit Ovarienimplantation gezeigt, genügt sehr wenig lebensfähige Ovarialsubstanz zur Funktion, zur Erhaltung der Menstruation und zum zu Stande kommen der Fekundation; im weiteren werden dadurch die konsekutiven Störungen der Castration umgangen.

6. Die Ovariotherapie bewirkt eine Oxydation und Hydratation gewisser Substanzen, die als solche eine Art Auto-intoxication herbeizuführen vermögen.

7. Diese Phænomene der Oxydation und Hydratation geben sich durch eine vermehrte Elimination kund, die proportionel ist der Menge der verabreichten Ovarialsubstanz.

8. Die vermehrte Elimination kann nicht von der geringen Menge von « phosphoriger Säure » herrühren, die sich im Ovarium befindet.

9. In Form kleiner Ovarialsubstanz wurden täglich 10 bis 20 gr., in Form des Glycerinextraktes 1 gr. und in Pulverform 0,2 bis 0,3 gr. verabreicht. Das Fluidovarine ist den anderen Präparaten wegen seiner bequemen Verabreichung vorzuziehen.

10. Die Ovarien-Medication weist die Gefahren der Thyreoidin-Medication nicht auf; man kann Ovarialsubstanz in ziemlich starker Dose und während langer Zeit verabreichen, ohne Complikationen eintreten zu sehen.

11. Die Opotherapie scheint die Mehrzahl der nach Castration in Scene tretenden Störungen günstig zu beeinflussen.

12. Die Ovarien-Verabreichung gibt betreffs der Störungen der physiologischen Menopause die besten Resultate.

13. Des weiteren sind die Ovarial-Präparate angezeigt bei Amenorrhöen und bei sogenannten idiopathischen Dysmenorrhöen und bei Fettsucht, die von Amenorrhoe begleitet wird.

14. Die Chlorose wird durch die Ovarin-Medication günstig beeinflusst, indem hauptsächlich die Amenorrhoe verschwindet.

15. Die Opotherapie scheint auch bei der Basedowsch'schen Krankheit indiciert, besonders dann, wenn zur gleichen Zeit eine Atrophie der Genitalorgane besteht.

16. Die Osteomalacie wird durch die Ovarin-Verabreichung nicht beeinflusst;

17. Dagegen wurden einige Hautaffektionen, die mit Genitalstörungen zusammenhängen, günstig influenziert.

18. In einigen Fällen von Epilepsie etc. hat sich die Opotherapie als gut erwiesen, immerhin fehlen bis zur Stunde genügend zahlreiche Beobachtungen, um sich ein definitives Urteil zu erlauben.

19. Bei den Psychosen infolge Castration haben wir nur einen geringen Einfluss von der Ovarintherapie und bei Hysterischen gar keinen Erfolg konstatiert.

Dr. E. Dübendorfer, Thalweil:

Bakteriologische Untersuchungen des Vulva- und Vaginalsekretes

(Buchdruckerei Stämpfli & Cie., Bern.)

Die Arbeit wurde an der Klinik des Herrn Prof. Döderlein, in *Tübingen,* ausgeführt und zwar wurden 25 schwangere und 30 nichtschwangere Frauen untersucht. Normales Scheidensekret fand sich unter den 55 Fällen streng genommen nur 8 mal: 5 mal bei Schwangeren und 3 mal bei Nichtschwangeren. In diesen 8 Fällen konnten aus der Vagina keine pathogenen Bakterien gezüchtet werden. Im ganzen konnte im Vulvasekret bei 12 Nichtschwangeren 40% und bei 18 Schwangeren 72% Streptococcen nachgewiesen werden. Vom Vaginalsekret gingen 9 mal bei Nichtschwangeren (30 %) und 12 mal bei Schwangeren (36 %) Streptococcen auf.

Immer traf ein positiver Streptococcenbefund des Vaginalsekretes zusammen mit einem positiven Befund des Vulvasekretes.

Diesen zahlreichen Streptococcenbefunden wird das Ergebnis einer kleineren Untersuchungsreihe aus der dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Jadassohn in *Bern* gegenübergestellt; es handelt sich um die Untersuchungen an 34 Nichtschwangeren.

Aus dem Vulvasekret gingen 11 mal (29 %), aus dem Vaginalsekret 4 mal (11,9 %) *Streptococcen* auf. Beim Zustandekommen eines so grossen Zahlenunterschiedes darf wohl, wegen der beschränkten Zahl der Untersuchungen, in Bern 34, in Tübingen 55, dem Zufall eine nicht geringe Rolle zugeschrieben werden. Eine nicht geringe Bedeutung mag auch der Verschiedenheit des Züchtungsverfahrens zuzuschreiben sein.

In einer grösseren Zahl der Fälle konnte das *Bacterium coli commune* nachgewiesen werden:

Im Vulvasekret 14 mal bei Nichtschwangeren (47 %), und 8 mal bei Schwangeren (48 %).

Im Scheidensekret 8 mal bei Nichtschwangeren (27 %) und 3 mal bei Schwangeren (12 %).

Wegen der auffallenden Häufigkeit sind noch die *Soorbefunde* als bemerkenswert hervorzuheben:

Vom Vulvasekret sind 1 mal und vom Vaginalsekret 3 mal bei Nichtschwangeren Soorpilze aufgegangen;

Bei Schwangeren vom Vulvasekret 9 mal und vom Vaginalsekret 11 mal der Fälle.

Bei 5 Schwangeren konnten in der Vagina Streptococcen und Soorpilze gleichzeitig gefunden werden. Neben Kolonien von Soor und Streptococcen waren 2 mal noch solche von Bacterium coli vorhanden. — Von nebensächlicher Bedeutung sind wohl die nicht häufigen Befunde von *Micrococcus tetragenes.* Döderlein'sche *Scheidenbacillen* gingen auf Bouillon öfters auf, wo sonst keine andern Mikroorganismen auskeimten.

Dübendorfer hat dann weitere Versuche bezüglich der Möglichkeit des « Pathogenwerdens » der saprophytisch in der Scheide vegetierenden Streptococcen- und Bact. coli-Keime unternommen; mit Recht äussert der Autor, gestützt auf die Versuche von Koch und Petruschky, dass der dem Tier gegenüber geäusserte Virulenzgrad für den Menschen nicht gleiche Gültigkeit hat. Weitere Versuche von denselben Forschern haben gezeigt, dass sogar der Virulenzgrad derselben Streptococcen verschiedenen Menschen gegenüber ein verschiedener sein kann. Die gleichen Streptococcen, welche bei einem Patienten ein sehr schwer verlaufendes Erysipel hervorgebracht hatten, verursachten bei einem andern nicht die geringsten Erscheinungen.

Gestützt auf die bis jetzt zu Tage geförderten Ergebnisse wird niemand daran zweifeln, dass die längere Zeit in der Scheide stationierten Streptococcen einen nur schwachen Virulenzgrad aufweisen. *Ein schlagender Beweis für die Unmöglichkeit der Selbstinfektion ist aber bis dahin nicht erbracht worden.*

Dr. C. Escher, Zürich:

Zur Frage der angeborenen Rachitis.

(S. Karger, Berlin, 1902.)

Gibt es eine intrauterine, erworbene, bei der Geburt noch floride, echte Rachitis?

Aus unternommenen Litteraturstudien geht hervor, dass obige Frage ausserordentlich verschieden beantwortet wird. Escher hat es auf An-

regung von Herrn Prof. STOOSS unternommen, nachzuforschen, ob in Bern, wo Rachitis häufig zur Beobachtung kommt, diese Krankheit auch beim Neugeborenen zu konstatieren ist.

Zu diesem Zwecke wurden 105 lebende Neugeborene in der *Berner-Frauenklinik* untersucht und ferner bei 25 Leichen (Früchten aus den letzten Schwangerschaftsmonaten, Neugeborenen und Kindern bis zum Alter von 4 Monaten) an den Rippen und teilweise auch an den Schädelknochen mikroskopische Untersuchungen vorgenommen.

Die sehr sorgfältigen Untersuchungen schliesst ESCHER mit folgenden Worten ab:

« *Ich habe somit bei den von mir untersuchten Neugeborenen und Früchten aus den letzten Schwangerschaftsmonaten weder mikroskopisch noch klinisch einen Befund erhoben, der mir erlaubt hätte, auch nur ein einziges mal die bestimmte Diagnose auf Rachitis zu stellen.* »

Dr. T. GOURIANE, Lausanne:

Congenitale Missbildung des Anus.

Malformation congénitale de l'Anus: Atrésie anale et Abouchement du Rectum à la Vulve.

Clinique chirurgicale de l'Université de Lausanne: Prof. ROUX.

(Imprimerie Adrien Borgeaud, Lausanne 1902.)

Ein in der ROUX'schen *Klinik* zur Beobachtung gekommener Fall von « Congenitaler Missbildung des Anus » wird eingehend besprochen; nach der üblichen « *Historischen Einteilung* » folgen Kapitel über: *Embryologie und Pathogenie, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung.* Der ROUX'sche *Fall* selbst ist kurz folgender:

Anamnese: Leidet seit dem 16. Altersjahre an regelmässigen, 4 wöchentlich auftretenden und 3-4 Tage dauernden Schmerzanfällen in der Fossa iliaca sinistra.

Der Stuhl ging immer durch die Scheide ab, ohne dass Pat. an eine Missbildung gedacht hätte.

Status. 29. VI. 1899. Bei der Inspection findet man keine Analöffnung, sondern nur die Vulvarspalte; kleine Schamlippen ziemlich lang; intaktes Hymen, das den Zeigefinger passieren liess. Vagina lang; Collum uteri klein, conisch, normal: oberhalb des Scheideneinganges findet man in der Fossa navicularis einen zweiten Kanal, der von dem Scheidenlumen durch eine dünne Zwischenwand getrennt ist; es ist dies das Rectum; keine Dammbildung.

Operation. 12 VII 1899. An der Stelle, wo der Anus sich befinden sollte, wird eine sagitale Incision gemacht ($3^1/_2$ cm.); man begegnet, indem man in die Tiefe dringt, einem Sphincter externus und einem Levator ani: endlich gelangt man zum unteren Ende der hinteren Rectumwand, die aus dem umgebenden Bindegewebe befreit wird. Die Einmündung des Rectum in die rectovaginale Cloake wird umschnitten, lospräpariert und in die künstliche Analwunde eingenäht etc.

10 VIII. Keinen Tenesmus mehr, spontaner Stuhlabgang, Operationswunde verheilt.

8 IX. *Austritt aus dem Krankenhaus.* Solider Damm, gut vernarbt, 3-4 cm. breit; Scheiden-Darmwand dick; *der Anal-Sphincter contrahiert sich gut und schnürt den eingeführten Finger ein;* regelmässiger Stuhlgang, ohne Klyma etc. Vulva von normaler Grösse. Sehr guter Allgemein-Zustand; auch in der Folgezeit.

Zwei hübsche Abbildungen, die eine vor der Operation (Schematisch), die andere nach der Operation, lassen mit grosser Deutlichkeit die vorliegenden Verhältnisse auf den ersten Blick erkennen.

Dr. E. Hagenbach, Basel:

Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Sacro-Coccygealtumoren.

(Druck von L. Schuhmacher, Berlin 1902.)

Congenitale Sacrococcygealtumoren oder *Sacralanhänge* beim Menschen sind vielfach beschrieben; kleinere Sacralanhänge wurden häufig ohne weiteres als *Schwänze* bezeichnet. Hennig stellte 22 anerkannte Menschenschwänze zusammen; es wurden jedoch nicht alle histologisch untersucht. Es kann sich also immer noch um blosse Lipome oder auch um teratoide Geschwülste handeln.

E. Hagenbach hatte nun Gelegenheit, drei weitere Fälle histologisch zu untersuchen.

Der erste Fall stammt aus der Klientele seines Vaters, Prof. Hagenbach:

Am 9. Mai 1900 wurde dem *Basler Kinderspital* ein halbjähriger Knabe zugesandt, wegen mehrfacher Missbildungen. In der Familie des Kindes ist von letzteren nur ein Klumpfuss beim Grossvater mütterlicherseits bekannt. Sofort nach der normal

verlaufenen Geburt wurde eine Missbildung des rechten Fusses und ein 7 cm. langes *keulenförmiges Gebilde* unmittelbar rechts neben dem After entdeckt. 3 cm. lang hat die Appendix die gleiche Dicke, dann schwillt sie allmählich zur Dicke einer Pflaume an, verjüngt sich gegen das Ende wieder und endigt mit einem scharf abgesetzten 3 mm. langen Spitzchen. Stiel und Kopf stehen unter einem bald stumpferen, bald spitzeren Winkel zu einander. Das Ganze ist von normal aussehender, weicher Haut überzogen und trägt kurze Lanugohäärchen.

Die histologische Untersuchung ergab, dass sich der Tumor aus einem centralen Strang von Bindegewebe und quergestreifter Muskulatur zusammensetzt, der im wesentlichen den Stiel bildet, während der Kopf zur Hauptsache aus Fettgewebe gebildet wird und so dem Ganzen einen lipomartigen Charakter verleiht.

Der zweite Fall wurde im *Zürcher Kinderspital* von Prof. O. Wyss beobachtet.

Es handelt sich um einen 2½ jährigen Knaben von gesunden Eltern abstammend. Am linken Umfange des Anus hängt ein 3,5 cm. langes und 0,5 cm. dickes *schwanzartiges Gebilde* herab.

Ungefähr in der Mitte ist eine stumpfwinklige Abknickung. Der Winkel ist ventralwärts geöffnet; das Anhängsel ist von normaler, mit Wollhäärchen besetzter Haut überzogen; die Consistenz ist eine gleichmässig derbe, jedoch durchweg elastische: nirgends sind harte Teile fühlbar.

Beim Kitzeln am Anus oder bei Kneifen des Schwänzchen selbst *biegt sich die distale Hälfte ventralwärts* bis zu einem rechten Winkel gegen das proximale Stück.

Histologische Untersuchung. Die centrale Partie ist zusammengesetzt aus einem in der Mitte gelegenen Bezirk von Bindegewebe, umgeben von ca. *12 Bündeln quergestreifter Muskulatur,* von sehr variabler Stärke. In den Muskelinterstitien verlaufen Gefässe und Nerven. Das umgebende zellarme Bindegewebe enthält dickwandige Gefässe, Capillaren, glatte Muskulatur und ist in der Nähe der Haut reich an Schweissdrüsenknäueln. Die Umsäumung bildet normale Haut mit Haarbälgen und Talgdrüsen. Den centralen Muskelstrang finden wir noch bis in die Schwanzspitze.

Die nächstgelegene Bezeichnung dieser Dinge ist « *Schwanz* » und in beiden Fällen wurde die Auffassung als solche durch die Bewegungsfähigkeit bestärkt. Es handelt sich zweifellos um zwei Repräsentanten der sogenannten *menschlichen Caudalanhänge.*

Der dritte Fall, in der *chirurgischen Poliklinik der Charité zu Berlin* von Prof. Hildebrand beobachtet, ist wesentlich verschieden von den zwei oben beschriebenen Gebilden.

Es handelt sich um ein kleines, wohl gebildetes Kind, das hinter dem Anus eine kugelige, kleinapfelgrosse Geschwulst trug. Sie sass mit kurzem, aber scharf abgesetztem Stiel der Unterlage auf, war von normaler Haut überzogen, die kurze Lanugohäärchen trug.

Histologisch fand man wirr durcheinander versprengte Abkömmlinge von Haut-, Nerven-, Knorpel-, Rückenmark- und Darmdrüsengewebe.

Dr. E. Hildebrand, Appenzell:

Ueber das Fieber der Hysterischen. [1]

Aus der medizinischen Universitätsklinik in Zürich: Prof. Eichhorst.

(Druck der Genossenschafts-Buchruckerei, Appenzell 1902.)

Kann zum Symptomenkomplexe der Hysterie auch vermehrte Körpertemperatur gehören?

Auf der medizinischen Klinik in Zürich sind in den Jahren 1884 bis 1895, 230 Fälle von Hysterie in Behandlung gekommen, davon:

a) 147 Fälle mit Temperaturen bis zu 37,5°
b) 83 » » » » » 38° und
c) 22 » » » von 38° und mehr.

Von den 83 Fällen unter Ziffer *b* angegeben, übersteigen 18 Fälle mindestens fünfmal die Temperatur 37,5° und von den 22 Fällen *c* weisen 6 Fälle mindestens fünfmal die Temperatur 38 oder mehr auf. Aus den betreffenden Krankengeschichten ergiebt sich, dass der Grund des vorhandenen Fiebers durch keine organische Erkrankung erklärt werden kann; *charakteristisch ist die totale Unregelmässigkeit des Auftretens und des Bestehens des Fiebers.*

Von den 230 Fällen weisen 105 erhöhte Temperaturen auf; *als eigentliches « hysterisches Fieber » aber betrachtet* Eichhorst *nur diejenigen Fälle von Hysterie, welche eine Temperatur von 38° und mehr auf längere Zeit hin und ohne örtliche Erkrankung aufweisen.* Von diesem Gesichtspunkte aus lässt sich von sämmtlichen 230 Fällen nur ein einziger, als « hysterisches Fieber » auffassen.

[1] ***Anmerkung des Referenten:* Hildebrand hat einen sehr typischen Fall von hysterischem Fieber übersehen: Dr E. Wormser und cand. med. R. Bing: *Ein einwandsfreier Fall von hysterischem Fieber*. Gyn. Helv. I pag. 68.**

Es handelt sich um eine 29 Jahre alte Weberin. Die *Diagnose* Hysterie unterliegt keinem Zweifel. Die Temperaturentafel bietet ein eigentümliches Bild! Während des ganzen Spitalaufenthaltes ca. $^{3}/_{4}$ Jahre, zeigt die Patientin fast ununterbrochen erhöhte Temperaturen. Schwankungen kamen allerdings in mannigfaltigster Weise vor. Temperaturerhöhungen von einem Tage, ferner an demselben Tage, Temperaturerhöhungen am Morgen wechselnd mit Abendsteigerungen; dann wieder ununterbrochen Fieberaufzeichnungen von 8 Tagen, 14 Tagen, einmal sogar während 6 Wochen. *Auffallend ist auch der Vergleich der Pulsfrequenz mit der Fiebertabelle.* Sehr oft findet man nämlich hohe Pulszahl bei niedriger Körperwärme und umgekehrt. Es ist dieses ein Moment, das gerade für diese Species Fieber charakteristisch zu sein scheint.

Zum Schluss führt Hildebrand noch einige Fälle aus der *Litteratur* an.

Dr. H. Hotz, Wetzikon, Ct. Zürich:

Physikalisch-chemische Untersuchungen über Kuhmilch.

Aus dem Laboratorium der Kinderpoliklinik des Herrn Privatdocenten Dr. H. Kœppe in Giessen.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1902.)

Die *physikalische Chemie* gibt uns an Hand aufgestellter Theorien einen Einblick in das Wesen und in die molekularen Verhältnisse der verschiedenen Körperflüssigkeiten.

Zu den diesbezüglichen Untersuchungen bedienen wir uns hauptsächlich zweier Methoden, nämlich:

1. *Der Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung* und
2. *Der Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit.*

Die beiden Methoden haben für die Untersuchung der Milch etc. bereits Anwendung gefunden.

Es ist jedoch zu bemerken, dass die meisten Experimente sozusagen ausschliesslich nur Gefrierpunkts- oder nur Leitfähigkeitsbestimmungen aufweisen.

Nach Hotz's Dafürhalten ist aber eine Kombination der beiden Methoden, wie sie zum ersten Mal von Kœppe strickte durchgeführt wurde, durchaus nötig, um einen genauen Einblick in die molekularen Verhältnisse der Milch zu gewinnen.

Anfänglich war es HOTZ's Absicht, festzustellen ob und welche Veränderungen beim Kochen der Milch sich an Hand dieser Methoden nachweisen liessen; dabei drängten sich aber bald eine Reihe weiterer verschiedener Fragen zur Beantwortung auf, sodass sich die Aufgabe im Sinne folgender Zusammenstellung erweiterte: Es wurden untersucht:

A. Rohe Milch
1. mit Rahm.
2. ohne Rahm.
3. Einfluss des Aufbewahrens im Kühlraum.
4. Temperatur-Coefficient.

B. Einfluss des Kochens.

C. Gerinnung
1. Labgerinnung.
2. Spontane Gerinnung (Säuerung).

D. Verdauungsversuche
1. Milch und Trypsin.
2. Milch und Lab und Trypsin.

E. Backhausmilch.

HOTZ lässt nun seine interessante Arbeit, auf die wir hier nicht detaillierter eingehen können, in drei Teile zerfallen, wovon der erste die Resultate in tabellarischer Uebersicht, in einer der obigen Zusammenstellung entsprechenden Reihenfolge, wiedergibt.

In einem zweiten Abschnitt folgt die Besprechung der Ergebnisse und der dritte Teil enthält die kurze Schilderung der Versuchstechnik und die Versuchsprotokolle.

Dr. E. HUGENTOBLER, Winterthur:

Die Peritonitis tuberculosa bei interner Behandlung.

Aus der medizinischen Klinik in Zürich: Prof. EICHHORST.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1902.)

Wenn wir die medizinische Literatur über Heilbarkeit und Therapie der tuberkulösen Peritonitis durchgehen, so vernehmen wir die verschiedensten, zum Teil sich stark widersprechenden Ansichten über diesen Gegenstand. Man stand bis vor kurzem auf dem Standpunkt König's, dass überhaupt nur von der Laparotomie ein Erfolg zu erwarten, die interne Behandlung aber überhaupt erfolglos sei und dass es sich da, wo letztere Heilerfolge publiziere, nicht um die tuberkulöse, sondern um eine einfache, chronisch exsudative Form der Bauchfellentzündung gehandelt habe!

Hugentobler teilt nun aus der Eichhorst'schen Klinik
mit:

1. Beobachtungen bei 17 geheilten Patienten.

2. Beobachtungen über 12 « gebesserte » Patienten.

3. Beobachtungen über 10 ungeheilt entlassene, incl. 3 a
gische resp. gynækologische Klinik verlegte Patienten.

Die genaue Prüfung der beobachteten Fälle berecl
Schlusse, dass auch bei interner Behandlung der Peritoni
eine Heilungsmöglichkeit besteht und zwar nicht nur für d
citesformen, sondern auch für die schweren Fälle mit h
lastung, für Tumoren und anderweitige tuberkulöse Komp

Die an der Eichhorst'schen Klinik zur Anwendun
therapeutischen Faktoren sind folgende:

Gute Pflege, vernünftige, der Krankheit angepasste Diä
haltung aufregender Momente, kräftige Kost, Eisen, Sool
thran etc. Schwitzbäder, *Calomel*, Diuretin, *Seifeneinreib*
Punktion.

Anmerkung: Siehe Gynæc. Helv. I, pag. 72. Dr. Ferri: Beiträg
der Laparotomie bei Peritonitis tuberculosa nebst Bemerkungen ü
wiesene anatomische Heilungen. (Wyder'sche Klinik.)

Gynæc. Helv. II, pag. 112. Dr. Lauper: Beiträge zur Frage der I
culosa. (Kocher'sche Klinik.)

Dr. A. Kourina, Genf:

Die Behandlung des unvollständigen Abortus

Du Traitement de l'Avortement incomplet.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Genf: Prof. Je

(Imprimerie Ch. Eggimann et C[ie], Genève.)

Der Zweck der vorliegenden Arbeit geht dahin, eine Lan
für eine *aktive Intervention* bei Behandlung des u
Abortus.

[1] *Anmerkung des Referenten:* Ich gehöre in der Frage der Behan
ständigen Abortus ebenfalls zu den Interventionisten und gebrauche
Curette. Die Vorzüge der Curettage und die Nachteile der digita
habe ich in meiner Arbeit: « *Zur Behandlung des unvollständigen A*

In der historischen Einleitung macht der Verfasser hauptsächlich auf zwei einschlagende Genfer Publikationen von PATRU und von CHENEVIÈRE aufmerksam, welch' letztere ebenfalls einem aktiven Vorgehen das Wort reden.

Gestützt auf die von PATRU[1] und CHENEVIÈRE[2] publizierten Fälle, sowie gestützt auf Beobachtungen aus der JENTZER'schen Klinik, kommt KOURINA zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Betreffs der Behandlung des unvollständigen Abortus muss man 4 Gruppen auseinander halten:
   a) Die einfache Retention der Placenta oder der Eihäute, ohne Complikationen.
   b) Die Placentar-Retention, mit Complikationen.
   c) Die Blütungen und
   d) Die Septicæmie.
2. Die Retention von Placenta, die das Leben der Frau auf's Spiel setzen kann, verlangt eine sofortige und radikale Intervention.
3. Die instrumentelle Ausräumung ist die schnellste und sicherste Methode in der Behandlung des unvollständigen Abortus.

Dr. JOH. LAUPER, Winterthur:

Studie über Osteomalacie, mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie, der Therapie und der diagnostischen Verwertung der Röntgenphotographie an der Hand eines Falles aus dem Kantonsspital zu Münsterlingen : Dr. Conrad Brunner.

(Lucas Gräfe und Sillem, Hamburg 1902.)

Bis gegen Ende der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts bildete die Behandlung der Osteomalacie eines der undankbarsten Probleme der ärztlichen Tätigkeit. Das Jahr 1887 war der Wendepunkt; in dasselbe

gehend besprochen (Gynæcologia Helvetica I pag. 9). An Hand meiner persönlichen Erfahrungen, sowie an Hand von Publikationen aus hervorragenden Universitätskliniken kam ich zur folgenden Schlussfolgerung:

« *Es gibt keine Behandlungsmethode des unvollständigen Abortus, die für sämtliche Fälle ausreichend wäre; die verschiedenen Verfahren, wie manuelle Ausräumung, Curettements, Tamponade etc. müssen sich oft ergänzen.* »

[1] Ch. PATRU. Réflexions sur le curettage dans les suites d'avortement. Rev. Méd. de la Suisse Romande, Nr. 1. 1896.

[2] E. CHENEVIÈRE. *Semaine Médicale.* 1899.

fallen die ersten operativen Heilversuche FEHLING's, während auf dem internen Gebiete ebenfalls ein relativ zuverlässiges Verfahren sich ausbildete, dessen Hauptverteidiger LATZKO wurde.

Der zu beschreibende, aus *dem thurgauischen Kantonsspital in Münsterlingen* stammende Fall, ist deshalb interessant, weil er nicht unter die das Hauptkontingent bildende Reihe der *puerperalen Formen* zählt, auch nicht zu den spärlich bekannt gewordenen *virginellen Osteomalacien* gerechnet werden kann, sondern weil er eine *infantile Form* darstellt, deren Vorkommen noch zu den Seltenheiten gehört.

Die breit angelegte Krankengeschichte soll möglichst gekürzt wiedergegeben werden (Fig. 26 und 27):

Pat. wurde am 25. IX. 1872 zu Bruggen (Ct. St. Gallen) geboren und zwar in ärmlichen Verhältnissen. Im ersten Lebensjahre reichliche Diarrhœen und während 12 Wochen Keuchhusten. Primarschule vom 6. bis 13. Lebensjahre; während dieser Zeit oft kränklich. Husten. In das 15. Altersjahr übergetreten, erlitt Pat. einen linksseitigen Oberschenkelbruch; nach 4 Wochen erwies sich die Fraktur als vollständig konsolidirt. Am 27. XI. 1887 konnte Pat. geheilt aus dem Kantonsspital in Münsterlingen entlassen werden; sie kehrte nach Bruggen zurück, wo sie die drei folgenden Jahre in häuslicher Armut zubrachte. Im Sommer 1889 Scarlatina. Einige Zeit nachher schwollen die Füsse an; Kopfschmerzen. (Postscarlatinöse Nephritis?) Wieder soweit hergestellt, dass sie ihren Geschäften nachgehen konnte, bemerkte die Kranke, wie nach und nach eine *Verbiegung der Beine* auftrat. Schmerzen in den Knieen und im Rücken; im Laufe weniger Wochen bedurfte Pat. zur Fortbewegung eines Stockes. Am 16. XI. 1890 *zweiter Eintritt in das Kantonsspital zu Münsterlingen.* Die Kranke war damals 18 Jahre alt. *Diagnose: Osteomalacie? Rhachitis tarda.* *Therapie:* Roborierende Behandlung und Phosphor-Emulsion. Ende April (1891) war das Allgemeinbefinden ordentlich. Am 9. Dez. 1891 am rechten Unterschenkel eine *Osteotomia transversalis tibiæ,* 2 cm. unterhalb ihrer Tuberositas. Am 16. I. (1892) Entfernung des Zugverbandes. Der Erfolg und der ungestörte Heilungsverlauf, bei dem sogar die « Fraktur » zur Konsolidierung nur normale Zeit in Anspruch nahm, ermutigte zur Vornahme der nämlichen Operation am andern Unterschenkel. Am 22. I. 1892 *Osteotomia transversalis tibiæ sinistr.* Am 20. Juni (1902) letzter Wasserglasverband; beide « Frakturstellen » fest konsolidiert; beide Beine finden sich in guter, gerader Stellung. In diesem Verbande marschiert die Pat. mit Hilfe von zwei passenden Krücken mit Mühe ordentlich und wird am 30. Juni 1892 entlassen.

Am 17. Sept. 1894 erfolgte *der dritte Eintritt* in Münsterlingen. *Diagnose: Osteomalacia gravis progressiva.* 8. I. 1895 *Oophorectomie.* Die entfernten Ovarien ohne pathologische Veränderungen. Im Winter 1895/96 liessen die spontanen Schmerzen an Intensität um ein weniges nach, doch waren sie immer noch derart, dass das Liegen der Kranken beschwerlich war. Mit Ausnahme von leichten Recrudescenzen zur Zeit von Witterungswechsel, verschwanden im Laufe des Jahres 1898 die spontanen Schmerzen vollständig. Das Jahr 1899 war durch keinen Zwischenfall gestört; der osteomalac. Prozess ist stetig weiter ausgeheilt. Ueber den gegenwärtigen Zustand der Patientin ist nicht mehr viel nachzutragen; der osteomalac. Prozess wird annähernd





Fig. 26.

Rosa G. 28 Jahre alt. ***Osteomalacie.***
Photographische Aufnahme vom 5. X. 1900.

als ausgeheilt taxiert werden dürfen. Den mürrischen, ältlichen Gesichtsausdruck hat die Patientin beibehalten; im übrigen verfügt sie, wie die Photographien zeigen, über ein ansehnliches Fettpolster.

Lauper verbreitet sich des Weitern über «*Pathologisch-anatomische Befunde*» am Knochengerüst, am Muskelapparat und an den *Adnexen*. Ueber den Ovarialbefund im vorliegenden Falle hat sich Hanau kurz fassen können, weil er eben «Nichts-Pathologisches» fand:

«Es ist diese Tatsache, dass bei einer juvenilen Osteomalacie, bei der noch keine menstruellen Kongestionen, keine Schwangerschaftswirkungen und keine Einflüsse abnormer Uteruslage auf die Ovarien zur Geltung gekommen sind, diese *trotz des progressiven, hochgradigen malacischen Prozesses in normalem Zustande befunden wurden,* meines Erachtens *sehr bedeutungsvoll.*»

Folgen kurze Betrachtungen über das *Vorkommen der Krankheit*, über ihre geographische Ausbreitung, über das Verhältnis ihres Auftretens bei den beiden Geschlechtern, sowie in den verschiedenen Altersperioden: daran schliessen sich an: Studien über *Aetiologie, Symptomatologie und Verlauf, Diagnose und Therapie.*

Zu einem achten und letzten Kapitel werden 6 beigegebene, von Dr. Ammann in Kreuzlingen stammende Röntgen-Photogramme und ihre diagnostische Verwertung besprochen.

Im Litteratur-Verzeichniss werden 46 Arbeiten aufgeführt.

Eine hübsche Arbeit, die dem Autor, wie auch dem Chefarzt des thurgauischen Cantonsspital zu Münsterlingen, Dr. Brunner, zur Ehre gereicht.

Dr. M. Lébédeff, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Vulvo-Vaginitis der Kinder.[1])

Contribution à l'Etude de la Vulvo-Vaginite des petites filles.

Clinique Dermatologique et Syphiligraphique de l'Université de Lausanne.

(Imprimerie Ch. Viret-Genton, Lausanne 1902.)

Dank neuester Arbeiten, so ganz besonders von Prof. Dind, ist die Kenntniss der Lokalisation des gonorrhoischen Prozesses bei Kindern

[1] *Anmerkung:* siehe *Gyn. Helv.* I pag. 21 und Gyn. Helv. II pag. 23: Dr Gassmann: Ueber die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder

wesentlich gefördert worden. Man weiss jetzt, dass der Gonococcus Neiser sich häufig auf dem Endometrium einnistet. An Hand von 56 detailliert wiedergegebenen Krankengeschichten werden besprochen: *die allgemeine Symptomatologie, die Aetiologie, die verschiedenen Formen der Vulvo-Vaginitis, die Complicationen dieser Affektion* und zuletzt *die Behandlung.*

Zuerst wird die *Prophylaxe* berücksichtigt; dann folgt die *Allgemein-Behandlung:* kräftige, tonifizierende Nahrung, Fischtran, Jodeisensyrup, eisenhaltige Mineralwasser; Salz- und Schwefelbäder; Aufenthalt am Meeresufer etc. Bezüglich der *Lokalbehandlung* müssen hauptsächlich zwei Faktoren berücksichtigt werden:

1. Verhütung der Stagnation der pathologisch-veränderten Sekrete (Bäder, Injektionen) und

2. Modification der eiternden Gewebsflächen, durch Applikation antiparasitärer Substanzen.

Aeusserlich Kompressen mit abgekochtem Wasser, mit Liquor von Burow (Alaun 1. Acet. plumb. 10. Aq. dst. 200) und mit Glycerintanin [1:25]); Bäder; hernach Aufstreuen von antiseptisch trocknenden Pulvern.

Des weiteren: Vaginalspühlungen mit einer weichen Sonde von Nelaton und irgend einem Desinficienz. Kalium permanganicum, $^1/_{4000}$—$^1/_{1000}$; Argent. nitric. $^1/_{300}$, Protargol etc.

Lebedeff zieht folgende *Schlusssätze:*

1. Unter den verschiedenen Formen der Vulvo-Vaginitis nimmt die blenorrhoische Form die erste Stelle ein.

2. Der Urheber ist der nicht abgeschwächte und nicht modifizierte Gonococcus *Neiser.*

3. Die klinischen Differenzen in den Symptomen der Vulvo-Vaginitis der Kinder und derjenigen der Erwachsenen erklären sich durch die verschiedene Reaktion der Gewebe bei Kindern und Erwachsenen und nicht durch eine Differenz der Pathogenität des Gonococcus.

4. Die Metritis colli begleitet fast immer die gonorrhoische Vulvo-Vaginitis.

5. Diese letztere kompliziert sich fast immer mit einer Urethritis.

6. Die gonorrhoische Vulvo-Vaginitis kann eine Infektion der Adnexen und des Bauchfelles herbeiführen (chronische, adhæsive Pelvi-Peritonitis).

7. Die infantile Vulvo-Vaginitis hat eine ernste Prognose.

8. Die prophylactischen Massnahmen sollten in allen Familien bekannt sein.

9. Im Spitale sollten alle Mädchen, die auf Gonorrhœ verdächtig sind oder bei denen die Gonorrhœ konstatiert werden konnte, isoliert werden.

Dr. A. LEBET, Buttes, Neuchâtel:

Ueber die physiologischen Wirkungen des Chlorethyls.
Sur les effets physiologiques du Chlorure d'Ethyle.

Travail du laboratoire de physiologie, Hallerianum, Berne: Prof. Kronecker.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.)

Die Arbeit basiert auf 25 Tierversuchen und werden die Schlussfolgerungen übersichtlich zusammengestellt; vom praktischen Standpunkte aus interessiert uns hauptsächlich der von Prof. KRONECKER konstruierte Respirationsapparat, der die aufgenommenen Dampfmischungen von der Tiefe und Frequenz der Atmungszüge unabhängig macht.

Der Apparat besteht aus einem Müncke'schen Wasserstrahlgebläse und aus einem (neu construirten) Schieberhahn, der dazu dient, den continuirlichen Luftstrom des Gebläses in beliebigen Intervallen zu unterbrechen. Zur Bewegung des Schieberhahnes wird das aus dem Gebläse abfliessende Wasser nochmals benützt.

Fig. 28 veranschaulicht den Gesammtapparat und kann als Anleitung zu dessen Aufstellung und Ingangsetzung dienen. Das Wasserzuflussrohr *h* ist durch Hahn *Z* absperrbar und leitet das Wasser in den kleinen Cylinder *A*. Aus diesem dringt es durch die verjüngt endenden Röhren *aa* in die Mischröhren *bb*, welche mit weiteren Ansatzhülsen in die Lufttrommel *B* ragend die Enden von *aa* umgeben. Dort sind durch die Hülsen grosse Löcher gebohrt. Durch diese wird die Luft vermittelst des Rohrs *k* in den Luftcylinder *B* gesaugt. So stürzt Wasser mit Luft gemengt durch die Mischröhren *bb* in den grossen Sammelcylinder *C*. Dort trennt sich der Schaum zu einer unteren Wasserschicht und einer oberen Luftschicht. Das Wasser läuft durch das doppelt gebogene Abflussrohr *m* erst ab, wenn der Luftdruck dasselbe bis zu der höchsten

Stelle des Ausflussrohres getrieben hat. Den Druck kann man erhöhen, indem man den Abfluss durch den Hahn *r* theilweise sperrt. Dann steigt das gestaute Abflusswasser in den offenen Rohransatz *n* und im Misch-

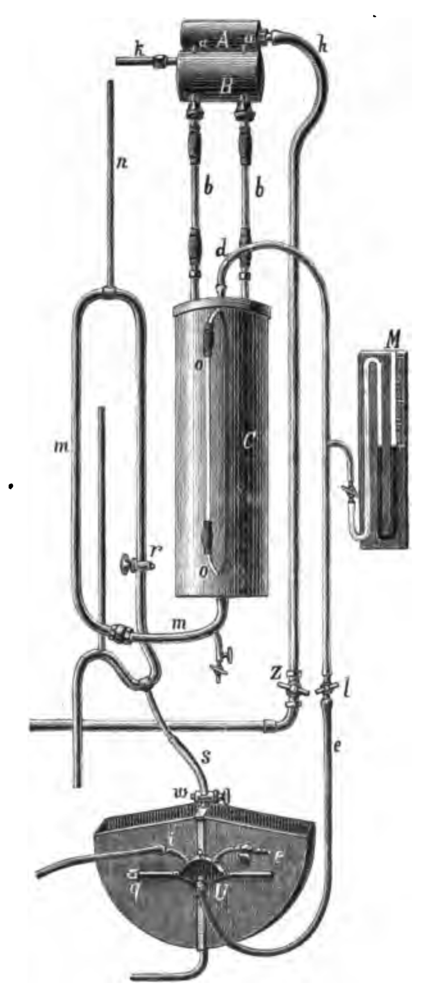


Fig. 28.

cylinder *C* wächst die Luftspannung, welche man durch ein Quecksilbermanometer *M* am Luftrohre *d* messen kann.

Der Luftdruck wird gewöhnlich auf 30 bis 40 ^{mm} Quecksilber gehalten. Den continuirlichen Luftstrom kann man einer Glasbläserlampe

oder anderen continuirlich zu ventilirenden Vorrichtungen zuführen. Um den beständigen Luftstrom für die künstliche Athmung anwendbar zu machen, ist es nothwendig, ihn in passend veränderlicher Weise zu unterbrechen. Hiezu dient der Schaukeltroghahn *U.* (Fig. 28.)

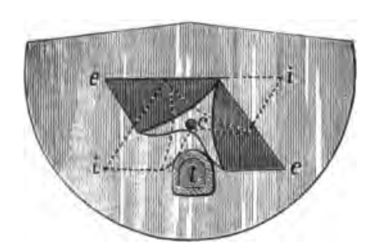


Fig. 29.

In einer luftdicht geschlossenen Kapsel *U,* von der Form eines halben Cylinderausschnittes, ist um eine luftdicht eingelassene Axe *c* eine Speiche drehbar, auf deren peripherem Ende ein Schieber dem Kapselmantel concentrisch anliegt, derart, dass er bei jeder Hin- oder Herbewegung das eine oder das andere Rohr jeweilen luftdicht deckt. Das Zuflussrohr *z* (Fig. 28) bleibt beständig geöffnet. Dieses steht mit dem Luftrohr *d* in Verbindung, während das Rohr *i* mit der Luftröhrenfistel des künstlich zu athmenden Tieres verbunden wird und das Rohr *e* in's Freie mündet.

Den Schieberhahn dreht der Schaukeltrog. Dieser besteht aus zwei gleichen symmetrisch aneinander gelagerten Ausgussgefässen, deren Längsdurchschnitte die chematische Fig. 29 wiedergibt. Die ausgebuchtete Scheidewand beider Gefässe wird von der Drehaxe *c* durchsetzt.

Wenn der Trog umgeworfen ist, so ruht er auf der mit Tuch umhüllten Stützleiste. Die zwei Ruhelagen des Troges sind durch die ausgezogenen und punktirten Linien in Fig. 29 angedeutet. In die höher stehende Hälfte ergiesst sich das durch *s* in den Hahn *w* (Fig. 28) abfliessende Wasser und wirft den Trog nach hinreichender Füllung auf die andere Seite, wonach das Wasser sogleich ausgegossen wird, während der andere Trog unter dem Zuflusse steht. Je weiter der Zuflusshahn *w* geöffnet, desto häufiger schauckelt der Trog, desto öfter wird der Luftstrom unterbrochen, also die Zahl der Athmungen vermehrt.

Die Zeit der Ausathmung muss aber bei künstlicher Athmung länger sein, als die der Einathmung. Darum ist auf das Achsenende des

Schieberhahns ein Waagebalken mit Schiebergewicht q (Fig. 29) befestigt. Dieses Gewicht begünstigt die Inspirationsseite und erfordert längeren Wasserzufluss für die Gegenseite.

Fig. 30 illustriert den *Kronecker'schen Schieberhahn,* der eine genaue quantitative Regulierung von Chloroform, resp. Aether und Luftgemengen bezweckt.

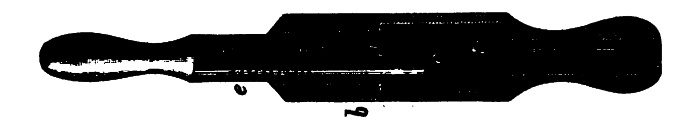


Fig. 30.

Die Anordnung, welche sich sehr gut bewährt hat und ohne irgend welche Schwierigkeit in jedem Operationssaale mit grossem Wasserleitungshahne angebracht werden kann, wird von Herrn G. Klöpfer in Bern tadellos hergestellt.

Dr. A. Maystre, Genf:

Die Gynækologie in Genf während der dreissig verflossenen Jahre.
De la Gynécologie à Genève depuis une trentaine d'années.
(Imprimerie L. Jarrys et Fils, Genève 1902.)

Es handelt sich nicht, wie der Titel vermuten lassen könnte, um eine Geschichte der Gynækologie in Genf, während einer Zeitdauer von 30 Jahren, sondern lediglich um eine chronologische Aufführung von dem Verfasser interessant scheinenden Thatsachen.

Da wird zuerst und mit Recht die *Entdeckung der kindlichen Herztöne* im Jahre 1818 durch den Genfer-Arzt Mayor erwähnt.

Hervorgehoben zu werden verdient die von Vulliet erfundene *Methode der permanenten Dilatation des Uterus,* die gestattet das Innere der Gebärmutter dem Auge zugänglich zu machen.

Maystre gibt dann die Namen von Aerzten, die zuerst kleinere und grössere gynækologische Operationen in Genf unternommen.

5 Fälle, sämmtlich aus der Praxis von Prof. Jentzer, scheinen uns in casuistischer Hinsicht der Wiedergabe wert:

1. Operation einer *Dermoidcyste* des rechten Ovariums;
stammen von zwei verschiedenen Dentitionen her. (Fig. 31.)



Fig. 31. Dermoidcyste des rechten Ovariums.

2. *Geburtshinderniss durch eine Atresie des Orificium exter*

22 jährige Frau; Beginn der Geburt am 25. Oktober (1889
beigerufene Hebamme kann den Halsteil nicht finden; am M
27. Oktober befindet sich der kindliche Schädel ausserhalb
und nach Angabe der Hebamme von der Fruchtblase bedeckt

Prof. JENTZER herbeigerufen, konstatiert zwischen den Sch
Gebärenden einen röthlichen Tumor, von der Grösse ein
schädels; auf der Hinterfläche der Geschwulst eine Nadell
Oeffnung. Bei der Palpation findet man durch die vorlieg
websschichten hindurch die Nähte und Fontanellen. Nark

versale Incision der stecknadelknopfgrossen Oeffnung, die Dilatation vollzieht sich sogleich; künstlicher Blasensprung, Geburt.

Ein ganz ähnlicher Fall wurde von Dr. Courvoisier in Basel beobachtet.

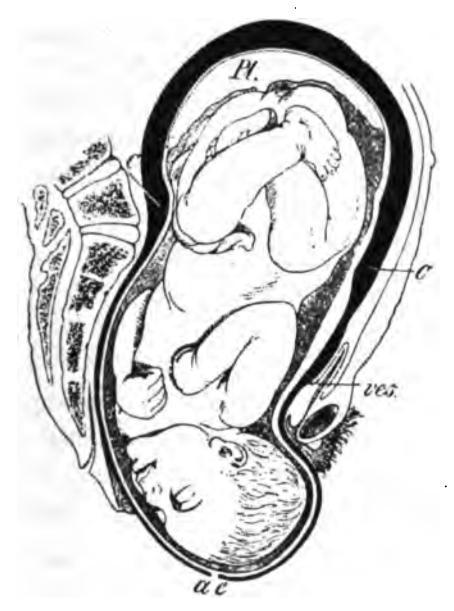


Fig. 32.

3. *Wiederholte Extrauterinschwangerschaft,* zweimal operiert an derselben Patientin.

In der rechten Beckenhälfte, dem Uterus anliegend, ein orangengrosser Tumor. Operation am 2. Juni 1900. Von da ab regelmässig menstruiert bis zum 25. August. Am 6. November constatiert man den Uterus etwas vergrössert; die linken Adnexe normal; am 11. Dezember findet man den Uterus in Anteposition, daneben eine sehr voluminöse Hæmatocele. Operation am 14. Februar: grosser Tubarsack, dessen hintere Wand von einem Embryo durchbrochen ist, dessen Kopf noch in der Tubenlichtung zurückgehalten wird, während der übrige Teil des Körpers über die äussere Fläche der schwangeren Tube herabhängt.

4. *Ein Fall von Schwangerschaft bei stenosirtem Hymen.*

Zum erstenmal menstruiert im Alter von 13 Jahren; dann cessatio mensium während eines Jahres; ein consultierter Arzt macht eine

Incision, worauf viel Blut abgegangen sein soll; von da ab regelmässig menstruiert; erster Coitus sehr schmerzhaft, ohne Blutverlust. Letzte Regeln am 18. März 1900. Wasserlassen normal. Geburt beginnt am 28. Januar 1901. I. Schädellage. Im Hymen nur eine ganz feine Oeffnung, die Harnröhre dagegen lässt leicht einen Finger passieren.

Es handelte sich also um eine starke Dilatation der Harnröhre, infolge Cohabitation, mit Stenose des Hymens. — Narkose. Incision des Hymens. Man findet eine normale Vagina. Normaler Geburtsverlauf.

5. *Porro bei einer Zwergin von 96 cm Körperlänge.*

Sp. 14, Cr. 18, Tr. 22,6, C. D. 7,6, D. B. 19,6.

Mutter und Kind gesund.

Dr Karl Meyer, Hirslanden-Zürich:

Beitrag zur Melæna vera neonatorum.
Ein neuer Fall von Ulcus œsophagi neon.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Zürich.
(Buchdruckerei Emil Cotti's Wwe., Zürich 1902.)

In der deutschen Litteratur sind bis heute nur zwei Fälle von Geschwürsbildung in der Speiseröhre, als Ursache von tötlicher Blutung, bekannt geworden. Meyer ist nun im Falle eine weitere Beobachtung der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Es wird zuerst auf die *Ursache der Melæna* eingegangen; aus der sehr detaillierten Litteraturdurchsicht geht hervor, dass aus den bis jetzt veröffentlichten Fällen von Melæna neonatorum ein ætiologisch einheitliches Krankheitsbild sich nicht construieren lässt. Hingegen lassen sich aus denselben ziemlich ungezwungen zwei Gruppen ausscheiden, die auch klinisch ziemlich leicht auseinander zu halten sind.

I. *Die erste Gruppe* umfasst die zum Teil schon sehr früh ætiologisch klar erkannten und als *Melæna spuria* bezeichneten Fälle:

Das vom Kinde per os oder per anum entleerte Blut ist immer erst verschlucktes, entweder mütterliches oder kindliches, aus einer bei oder unmittelbar nach der Geburt, meist infolge geburtshülflicher Manipulationen, erlittenen direkten mechanischen Gewebslæsion stammend.

II. *In die zweite Gruppe — Melæna symptomatica —* gehören diejenigen Fälle, in denen im kindlichen Organismus eine bereits bekannte

anatomisch nachweisbare Krankheit sich als Ursache der Blutungen nachweisen lässt, die mit dem Geburtsmechanismus in keiner Beziehung steht. Als solche kommen hauptsächlich in Betracht:

Lues, Sepsis, ausnahmsweise vielleicht andere Infektionskrankheiten, hereditäre Hæmophilie, angeborne Anomalien des Herzens und der grossen Gefässe oder anderer Organe, die vermöge ihrer Lage Blutungen aus dem Verdauungskanal bewirken können.

III. *Als dritte Gruppe — Melæna vera —* blieben dann diejenigen Fälle übrig, bei denen wir die ætiologischen Momente der beiden ersten Gruppen ausschliessen können. Bei einem Teil derselben ist die Aetiologie noch ganz dunkel; einen andern Teil dagegen können wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit als *mittelbare* Folgezustände pathologischer Vorgänge auffassen, die während oder im Anschluss an die Geburt auftreten. Als solche pathologische Vorgänge wären hauptsächlich zu nennen:

Die Asphyxie; Verletzungen des Centralnervensystems während der Geburt; pathologische Steigerung eines physiologischen Darmkatarrhs der Säuglinge; thermische Einflüsse.

Folgt nun ausführlich ein *Fall von Ulcus œsophagi neonatorum* aus der Frauenklinik Zürich:

« M. D. II para. 30 Jahre. Sp. 29. Cr. 30. Tr. 32. C. ext. 19. Das Kind wurde spontan und völlig lebensfrisch geboren, schrie sofort kräftig. 50 cm. lang, 3300 gr. schwer. Am *3. Tage* plötzlich reichliches Blutbrechen; nachmittags mehrere Entleerungen fast reinen schwarzen Blutes per rectum; mitunter auch wieder Blutbrechen. *4. Tag:* Kind erholt sich etwas (gewärmte Flanellbinden; Wärmeflaschen etc.); noch ein blutgemischter Stuhl. *5. Tag:* Kind wieder blässer und etwas cyanotisch. *6. Tag:* Ueber Nacht wieder blutige Stühle, aber mit Fæces. Exitus. »

Aus dem *Sektionsbericht* sei folgendes hier angeführt:

« Im untern Teil ist der Oesophagus erweitert und unmittelbar oberhalb der Cardia findet sich auf der rechten seitlichen Partie des Oesophagus ein länglicher Thrombus, 12 mm. lang, 7 mm. breit und 6 mm. hoch. Die oberste Partie desselben sitzt sehr fest auf dem Oesophagus, ist kugelig und auf dem Schnitt deutlich ringförmig geschichtet. Die untere grössere Partie ist weicher, sehr deutlich gerifft, sitzt weniger fest auf. In der Umgebung ist die Mucosa des Oesophagus glatt und blass. *Anat. Diagnose:* Ulcus œsophagi, Thromben auf demselben. Sehr starke Blutung ex ulcere und consecutive Anæmia universalis. »

Nach genauer *mikroskopischer Beschreibung* der in Betracht kommenden Gewebspartien, folgen *epikritische Bemerkungen:*

Trotz der relativ langen Dauer der Krankheit keine Spur von Peritonitis; auf sämmtlichen Magenschnitten das Epithel auffallend schön er-

halten, nirgends Blutungen im Gewebe, keine Entzündung, nirgends Coccen, auch nicht in Leber, Milz und Nieren; alles Tatsachen, die gegen die GÄRTNER'sche Auffassung der Blutungen sprechen.

Auch mit der von PREUSCHEN'schen Theorie (Hirnläsionen und sekundäre Magenblutungen) ist der vorliegende Fall in keiner Weise vereinbar; auch die *Lues* dürfte kaum ernstlich in Frage kommen; für einen vorangegangenen und die Ulceration einleitenden Katarrh des Verdauungskanals (SCHATZ) haben wir ebenfalls keine positiven Gründe.

Am schwersten hält es noch die LANDAU'sche Theorie abzuweisen: Eine Embolie in eine Oesophagealarterie von der Coronaria ventriculi. sin. aus.

Dr. J. MICHALSKI, Wetzikon, Kt. Zürich:

Ueber Hydronephrosis intermittens.

Aus der Züricher chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Dr. KRÖNLEIN.

(Druck von H. Laupp, jr. Tübingen, 1902.)

Es handelt sich um eine 248 Seiten starke Dissertation; 71 Seiten entfallen auf den eigentlichen Text; der Rest der Arbeit gibt detailliert 142 Krankengeschichten mit 19 Abbildungen. Im Litteraturverzeichnis werden 127 Publikationen aufgeführt.

Zweck der vorliegenden Bearbeitung ist das Wesen der Hydronephrosis intermittens zu studieren und deren Therapie, wie sie unserm modernen Wissen und Können entspricht, klarzulegen.

I. GESCHICHTLICHES. Die älteste Beobachtung von H. interm. stammt von NIKOLAUS TULPIUS aus dem Jahre 1672.

II. ANATOMISCHE VERÄNDERUNGEN.

1. *Nierenbecken und Nierenkelche* werden durch die sich ansammelnde Flüssigkeit ausgedehnt; bei Zunahme des Druckes atrophiert die Nierensubstanz, bis schliesslich ein *einkammeriger cystischer Hohlraum* entsteht.

2. *Nierensubstanz:* Kongestioniert und œdematös durchtränkt; in den späteren Stadien findet man stets die Erscheinungen der *bindegewebigen Wucherung.*

3. *Funktion der Niere und Beschaffenheit der Flüssigkeit.* Die Sekretion des Nierengewebes wird geringer. Die Menge des Harnstoffes nimmt bedeutend ab. Wenn das Hindernis behoben wird, so tritt *Polyurie* auf.

4. *Ureter.* Je nach dem Sitz des Hindernisses kann der Ureter ganz oder teilweise dilatiert sein. Ist er bei der Dilatation nicht inbegriffen, so ist er bei geschlossener H. gewöhnlich dünn und geschrumpft.

Im Weitern werden die anatomischen Verhältnisse besprochen, welche bei der *Hydronephrosis intermittens* eine Rolle spielen:

1. *Abnorme Verhältnisse der Niere*: Hufeisenniere, Fehlen des, oder der Harnleiter, doppelte Niere; doppelte Ureteren und Nierenbecken.

2. *Blutstauung in der Nierenbeckenwand.*

3. *Veränderungen am Ostium pelvicum des Ureters:* Klappenbildung und Striktur.

4. *Veränderungen am oberen Ende des Ureters:* Knickung und Verwachsung des Ureters mit dem Nierenbecken; Biegung des Ureters ohne Verwachsungen; Spitzwinkelige Insertion des Ureters.

5. *Veränderungen im Verlauf des Ureters:* Strikturen und Divertikel: gewundener Ureter; Kreuzung des Ureters mit der Nierenarterie.

6. *Veränderungen am Blasenende des Ureters:* Tumoren, Stenosen.

III. Aetiologie.

Die H. intermittens wird bedingt durch ein *Hindernis* in den harnableitenden Wegen, welches *zeitweise verschwindet;* weitaus die Mehrzahl der Fälle ist auf:

1. *Dislokation der Niere* zurückzuführen: *Wanderniere, Dystopia renis congenita* (kongenitaler Tiefstand der Niere). *Hufeisenniere* und *doppelte Niere.*

2. *Nephrolithiasis.*

3. *Veränderungen am Ureter*: Klappenbildung am Ostium pelvicum des Ureters; spitzwinkelige Insertion und Strikturen des Ureters; Abknickungen; Gewundener Harnleiter; Spasmus, event. Verziehungen des Ureters durch parametritische Processe. Ein Uterusprolaps kann durch Verziehung und Kompression der Ureteren zu H. führen. (Virchow.)

4. *Kompression des Ureters:* Carcinom des Collum uteri; Kompression durch die Nierenarterie. Retroflexio uteri?; der gravide Uterus scheint ebenfalls durch Druck auf den Harnleiter zur H. führen zu können; Blasentumoren.

5. *Traumen.*

IV. Symptome und Verlauf.

Die intermitt. H. ist durch « Attacken », die durch ein freies Intervall getrennt sind, charakterisiert.

Attacke.

Bei jeder können 3 verschiedene Phasen unterschieden werden:

A. *Die Entwicklung. Die Menstruation* scheint hie und da von Einfluss zu sein, aber auch bei den anderen Ursachen, welche intermitt. H. herbeizuführen vermögen, kann die *Menstruation* durch die erhöhte Blutzufuhr ein schon bestehendes, noch keine Wirkung entfaltendes Hinderniss verstärken und so den Anlass zur Attacke geben.

B. *Die Akme. Schmerz* in der Nierengegend, der in die Leistenbeuge, in die Genitalien, in den Oberschenkel, über das ganze Abdomen, gegen die Lumbalgegend und gegen die Axilla ausstrahlt. Der Schmerz ist begleitet von einer Anzahl *Allgemeinerscheinungen*; fast in sämmtlichen Fällen finden wir einen « *Tumor* » verzeichnet:

Während des Anfalles ist die Urinmenge vermindert; die Dauer ist sehr verschieden.

C. *Das Ende der Attacke:* Die Schmerzen verschwinden entweder plötzlich oder klingen nach und nach ab; auch der « Tumor » verschwindet, was in weitaus den meisten Fällen von *starker Urinexkretion* begleitet ist.

Freies Intervall:

In ungefähr der Hälfte der Fälle fühlen sich die Pat. vollständig wohl in der Zwischenzeit der Attacken. Die Dauer des freien Intervalls ist ausserordentlich verschieden.

Entwicklung der Krankheit.

In der Mehrzahl der Beobachtungen sehen wir eine *langsame Entwicklung* der Krankheit.

Komplikationen:

Infektion: Pyonephrose, Nephritis, Ruptur des Sackes, Ruptur der Niere.

Wiese verlor eine Pat. an *Eklampsie* im 4. Monat ihrer XI Gravidität bei bestehender intermitt. H.

Ausgang.

Die *spontane Heilung* der H. intermitt. ist möglich; die H. intermitt. kann aber auch in die *H. remittens* übergehen, d. h. in eine Form, bei welcher nach Ablauf der Attacke keine vollständige Entleerung mehr eintritt. Die H. intermitt. kann sich aber auch in die « *geschlossene H.* » verwandeln (Absolutes Hindernis). Es kann in der Folgezeit die andere Niere, wenn sie bis jetzt überhaupt gesund war, erkranken und dadurch

ihre Funktionstüchtigkeit verlieren, woraus unbedingt *Uræmie* erzeugt wird.

Prognose.

Sie ist immer als ernst zu stellen.

V. Diagnose.

Von Zeit zu Zeit, in kürzeren oder längeren Intervallen, stellen sich in der Nierengegend Schmerzanfälle ein, gewöhnlich begleitet von heftigen Störungen des Allgemeinbefindens. Die Untersuchung ergiebt einen Tumor an der Stelle des Schmerzes, zugleich ist die Urinmenge vermindert. Nach relativ kurzer Dauer verschwinden die Symptome rasch, wobei grosse Mengen Harns entleert werden; darauf tritt eine Zeit der Ruhe und des Wohlbefindens ein, bis wieder eine neue Attacke kommt.

Bei der *Differentialdiagnose* wird zuerst zu bestimmen sein, ob wirklich die Niere das erkrankte Organ ist.

1. Bestimmung des erkrankten Organs.

In Betracht kommen *Ovarialcysten*, Leber- und Gallenblasenerkrankungen, Cysten im Schwanze des Pankreas mit intermittierenden Anfällen, Perityphlitis, circumscripte Peritonitis, Darmknickung, Tumor coli und Hypertrophia lienis, Hufeisenniere, hysterische und tabische Nervenkrisen.

2. Bestimmung der Krankheit an der Niere.

A) Handelt es sich um *periodisch auftretende Schmerzanfälle,* ohne dass eine Schwellung nachgewiesen werden kann, so wird in Betracht kommen:

Nierenneuralgie (Nephralgie), Nierenkolik infolge von Stein, Hæmoglobinuria paroxysmalis, Pyelitis.

B) Wenn es sich um eine Schwellung der Niere handelt, *ohne dass eigentliche Schmerzanfälle aufgetreten sind,* so muss man denken an:

Nierencysten, Wandernieren, Tumoren der Niere.

3. Diagnose der Ursache der Erkrankung.

VI. Therapie.

1. Palliative Eingriffe: Ureterkatheterismus mit nachfolgender Ausspülung des Nierenbeckens mit Höllensteinlösung; *Punktion; Freilegung der Niere und Eröffnung des Sackes;* bestimmte *Lagerung.*

2. Therapeutische Massnahmen: Leibbinde; Nephrorrhaphie; Nephroresp. Ureterolithotomie; Nephrektomie.

Die an praktischen und wissenschaftlichen Hinweisen sehr reiche Arbeit schliesst mit folgender

Zusammenfassung:

1. Unter H. intermittens verstehen wir eine Urinstauung im Nierenbecken, event. im Ureter, hervorgerufen durch ein Hindernis, welches für immer oder zeitweise wieder verschwindet, oder das durch den Druck der Flüssigkeit entfernt oder überwunden werden kann.

2. Sie wird erzeugt durcht die Dislokation der Niere und den daraus entstandenen Veränderungen, durch Nieren- resp. Uretersteine, durch primäre oder sekundäre Veränderungen am Ureter, durch Kompression oder Verlegung desselben durch Traumen. In einer Reihe von Beobachtungen war die Ursache nicht zu ergründen.

3. Sie ist gekennzeichnet durch periodisch auftretende Schmerzanfälle in der Nierengegend, begleitet von Störungen des Allgemeinbefindens, mit Schwellung in der betreffenden Abdominalseite und Verminderung der entleerten Urinmenge, welche Symptome mehr oder weniger rasch verschwinden, um nach freiem Intervall wiederzukehren.

4. Die Prognose ist ernst und verlangt die Krankheit ein zweckentsprechendes Einschreiten des Arztes, da Spontanheilung nur in äusserst seltenen Fällen beobachtet wurde.

5. Die Therapie muss erstreben, die Ursache der Erkrankung zu entfernen, was gewöhnlich auf operativem Wege möglich ist. Wenn dies nicht gelingt, so ist durch palliative Massnahmen dem Patienten Erleichterung zu verschaffen. Pyonephrosen müssen eröffnet werden. Die Nephrektomie ist nur in einzelnen bestimmten Fällen indiziert.

Dr. Achilles Müller, Basel:

Hundert Fälle von Perityphlitis.

Aus der Basler chirurgischen Klinik.[1])

(Druck von L. Schuhmacher, Berlin, 1902.)

Es handelt sich um eine Zusammenfassung der Erfahrungen, die an der Basler chirurgischen Klinik unter Herrn *Prof. O. Hildebrand* bei der Behandlung der Perityphlitis gemacht wurden. 61 Männer und 39 Frauen.

[1] *Anmerkung:* Siehe die aus der « *Zürcher Chirurgischen Klinik* » hervorgegangene *Perityphlitis-Arbeit* von G. Hæmig in Gyn. Helv. II pag. 35.

A) Im anfall operierte Fälle.

I. Perityphlitische Abscesse.

Es wurden in den 2 verflossenen Jahren 32 perityphlitische Abscesse eröffnet.

Die Symptome des perityphlitischen Abscesses decken sich anfänglich mit denen des klassischen Anfalls; einmal beobachtete man *Coincidenz des Beginns mit dem Eintritt der Menses.* Es bildet sich eine Resistenz in der Ileocœcalgegend, die palpatorisch und percussorisch als Dämpfung nachweisbar ist. Nun kann das Fieber weiter ansteigen, namentlich aber — *und dies ist eines der wichtigsten Symptome* — kann der Puls in die Höhe gehen, 100 und 120 überschreiten und an Spannung und Regelmässigkeit verlieren.

Bezüglich der *Therapie* wird an der *Baseler chirurgischen Klinik* das Opium vollständig verworfen. Es erhöht die durch die peritoneale Reizung bedingte Darmlähmung noch mehr, der Meteorismus wird stärker als nötig; in Fällen von Perforationsperitonitis muss ein grosser Teil des therapeutischen Misserfolges dem Opium zugeschrieben werden.

Welches sind nun die Ausgänge, die ein perityphlitischer Abscess nehmen kann? Da ist zunächst die Möglichkeit der *Resorption.* Wo aber sichere Zeichen von Eiterung sich finden, da ist auch sicher Eiter, den keine Resorption wegzubringen vermag.

Eine zweite Möglichkeit der Spontanheilung stellt die *Perforation des Abscesses* in ein mit der Aussenwelt kommunizierendes *Hohlorgan* dar. Unter den Baseler Fällen trat dieses Ereignis 5 mal ein und zwar stets nach dem Darm.

Der perityphlitische Abscess verlangt, wie jede Eiterung, die Eröffnung, sobald er diagnostiziert ist, da, wie gesagt, weder auf die Resorption, noch auf die Perforation in den Darm — oder das Urogenitalsystem gehofft werden darf.

Wann soll nun der chirurgische Eingriff erfolgen?

Am plausibelsten dürfte die Notwendigkeit eines Eingriffs sein in den Fällen, wo der *Abscess sehr oberflächlich* liegt, wo ausser den Allgemeinerscheinungen der Eiterung, wie Fieber und entsprechende Pulsfrequenz, deutlich lokale Entzündungserscheinungen sich vorfinden. Viel schwieriger beurteilen sich die Formen, bei denen das *Exsudat tiefer* liegt.

Nach dem *Befund bei der Operation* sind die Abscesse einzuteilen in *extra-* und *intraperitoneale.* Erstere Gattung, die sogenannten *paratyph-*

litischen Eiterungen fanden sich in 8 von den 32 Fällen, 6 Fälle davon sind *retro- resp. præperitoneale* Eiterungen. An der *Grenze zwischen den extra- und den intraperitonealen Abscessen* stehen fünf Fälle, in denen man zu keiner sicheren Einsicht kam.

Von *intraperitonealen* Abscessen wurden 19 beobachtet, z. Th. kleine, nur wenige Tropfen Eiter enthaltende, oder grössere, bis ganz grosse Höhlen. Die Lokalisation der Herde ist natürlich eine nicht ganz konstante und wechselt eben mit der verschiedenen Lagerung ihres Ausgangspunktes, des Proc. vermiformis. Die häufigste Lagerung ist die typische in der Ileocoœcalgegend.

Prinzipiell richtig ist das Verhalten dieser Abscesse in Bezug auf ihre Wanderungen; in dieser Hinsicht lassen sich zwei Gruppen unterscheiden, je nachdem das Peritoneum parietale sich an der Abscesswand beteiligt oder nicht.

Ob sich in symptomatischer Beziehung diese intraperitonealen von den extraperitonealen Abscessen unterscheiden lassen, lässt sich auf Grund des vorliegenden, relativ kleinen Materials nicht sagen.

Müller kommt des Weiteren auf das *Verhältnis der extra- und intraperitonealen Abscesse zum Processus vermiformis* zu sprechen, sowie auf die *Resection des Wurms bei der* Abscesseröffnung. Auf Grund der an der Basler Klinik geltenden Indicationen ist diese Operation eine seltene und wurde, ausser bei Perforationsperitonitis, nur 4 mal ausgeführt: der Processus vermiformis wird nur dann reseciert, wenn er ohne Weiteres gefunden und ohne grössere Manipulationen frei gemacht werden kann.

Folgen Betrachtungen über den *Inhalt der perityphlitischen Abscesse* (Kotstein); über *Bakteriologie des Perityphlitiseiters* und *über Komplikationen;* (Kotfisteln, Eitersenkungen, Empyeme der Pleuren, rechtsseitige Parametritis); dann wird speziell noch auf zwei *Beobachtungen* aufmerksam gemacht, *welche die nahen Beziehungen der perityphlitischen Abscesse zu den Eiterungen der weiblichen Genitalien illustrieren.*[1])

1. « Es handelt sich um einen kindskopfgrossen, von einer puerperalen Eiterung der rechten Tube ausgehenden, rings abgekapselten, peritonitischen Herd, der wegen der Erscheinungen peritonealer Reizung zur Operation kam. Die Erkrankung impo-

[1] *Anmerkung:* Siehe die Arbeit von R. König: *Appendicitis und Geburtshilfe*, Gyn. Helv. I pag. 35, sowie die Publication von E. Frænkel: *Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.* Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 323.

nirte als Perityphlitis, da die Patientin eine deutliche Dämpfung und Resistenz im rechten Hypogastrium zeigte, während ein sicherer Genitalbefund nicht zu erheben war. Auf Grund der gestellten Diagnose wurde vor der Auffindung des wirklichen Ausgangspunktes der Processus exstirpirt; derselbe zeigte, ausser Koth als Inhalt, keine Veränderungen.»

2. «Verwachsungen der Appendix mit den rechtsseitigen Adnexen. Der Erkrankung voraus gingen anamnestisch und klinisch nicht misszudeutende perityphlitische Anfälle, einmal sogar mit Bildung eines intraperitonealen abgesackten Abscesses mit fæculentem Eiter. Die Operation des Abscesses gab keinen Aufschluss über das Verhalten des Wurmfortsatzes. Die ganze klinische Erscheinung, mit den vorzugsweise in der Ileocœcalgegend localisirten Druckschmerzen spricht für eine primäre Erkrankung des Processus. Die Veränderungen an den rechtsseitigen Adnexen wären darnach als secundäre Erscheinungen aufzufassen.

Vielleicht handelt es sich auch um eine Mischerkrankung: jedenfalls bleibt der Fall nicht vollständig erklärt, *was ein neuer Hinweis sein soll, wie eng die Krankheiten des Wurmfortsatzes mit denen der weiblichen Genitalien, klinisch und auch pathologisch-anatomisch, zusammenhängen.*»

II. Allgemeine Peritonitis.

Das Auftreten der allgemeinen Peritonitis im Gefolge der Perityphlitis stellt die unseligste Komplikation dar, die möglich ist; leider erlaubt der zur Verfügung stehende Raum nicht, auf das äusserst interessante 24 Seiten starke Kapitel einzugehen; die Lektüre dieses Abschnittes in der Originalarbeit wird aber bestens anempfohlen.

B. In der anfallsfreien Zeit operierte Fälle.

61 Operationen. Die Indikationsstellung für die «à froid-Operation» ist äusserst einfach. Jedem, der einen einmaligen perityphlitischen Anfall durchgemacht hat, wird die Operation im freien Intervall anempfohlen. Die «à froid-Operation» ist nicht gefahrlos; unter den 61 Fällen ein Todesfall. (Infektion durch vorgefundene Abscessreste bei der Radikaloperation.) Die Möglichkeit einer zeitlichen und örtlichen Wahl der Operation ist ein ungeheurer Vorteil; operiert man erst nach Ablauf aller entzündlichen Erscheinungen, so kann ein vollständiger exakter Verschluss der Bauchdecken gemacht werden. Als Intervall zwischen Anfall und Radikaloperation werden im Minimum 4-6 Wochen angenommen.

Eine andere Kategorie der Radikaloperierten hat nie Anfälle gehabt, dagegen Stuhlbeschwerden, Neigung zur Obstipation häufige Leibesschmerzen, namentlich in der Ileocœcalgegend, *Dysmenorrhoische Beschwerden*, Neuralgien und Krämpfe.

Dem *objektiven Befund* im anfallsfreien Stadium wurde nicht sehr grosse Bedeutung zugemessen; folgen die bei der Operation geltenden *technischen Grundsätze,* dann die *pathologischen-anatomischen Befunde.*

Der *Erfolg der Radikaloperation* ist ein eklatanter, ausgenommen natürlich die Fälle, bei denen nicht der Wurmfortsatz das eigentliche Corpus delicti darstellt. Von anderen Organen, die eine Wurmfortsatzerkrankung vortäuschen können, sind es vor allem die *weiblichen Genitalien.* Das Basler Material verfügt unter den im anfallsfreien Intervall Operierten über 4 Fälle. Die in Betracht kommenden Möglichkeiten sind folgende: die Affektion geht vom Processus aus, geht deshalb auf eine gynækologische Behandlung (in einem Fall Kastration) nicht zurück, schwindet aber auf Resektion des Processus; oder die Erkrankung ist wirklich gynækologischer Natur, bleibt deshalb nach Entfernung des Processus bestehen. Daneben sind natürlich auch Mischaffektionen möglich.

Müller fast zum Schlusse die an interessanten Details äusserst reiche Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

« *Für die Perityphlitis besteht die Möglichkeit einer Spontanheilung, meist ist die Krankheit aber nur durch die Exstirpation des Wurmfortsatzes zu heilen. Sie tritt in zwei Formen auf, einer gutartigen, die durch wiederholte Attaquen oder mehr chronische Beschwerden sich mehr als Plagegeist der Menschheit aufspielt, und einer bösartigen, die auf einen Schlag in der acutesten Weise ihre Lebensopfer fordert. Anatomisch kennzeichnet sich die erste Modifikation in ihren leichtesten Formen durch entzündliche und narbige Veränderungen der Schleimhaut, die sich ganz successive auch auf die übrige Wandung und damit auf das Peritoneum des Processus und seiner Nachbarschaft fortsetzen können. Auch hier bestehen graduelle Unterschiede qualitativer Natur, die sich als seröse, fibrinöse und eitrige Entzündungen charakterisieren. Die Endprodukte dieser Entzündungsformen sind auf der Schleimhaut die Narbenbildungen, in der Umgebung des Processus die Verwachsungen; beide sind in ihren Folgezuständen das anatomische Substrat für den Eintritt der Recidive und die chronischen Beschwerden.*

Bei diesen Formen wird im Anfall gar nicht operiert, wenn die Symptome rasch zurückgehen, oder man beschränkt sich auf die Eröffnung des Abscesses, wenn Zeichen von Eiterung bestehen. Die radikale Heilung der Krankheit selbst wird am besten durch die Exstirpation des Wurmfortsatzes im anfallsfreien Stadium erreicht.

Die bösartige Form der Perityphlitis zeichnet sich durch rasche Progression des Prozesses auf die Umgebung aus. Sie führt zur Zerstörung der Wand der Appendix, zu Austritt von Infektionsstoffen in die Bauch-

höhle und ungehinderter Propagation in derselben. Sie endet meist letal. Die Behandlung müsste in möglichst früher Entfernung des Proc. vermiform. bestehen. Dieses Postulat bleibt deshalb meist unerfüllt, weil bei der eminent raschen Ausbreitung des Prozesses eine rechtzeitige sichere Diagnose auf Grund deren auch der Widerstand der Patienten könnte überwunden werden, oft nicht möglich ist. Als anatomische Eigentümlichkeit dieser bösartigen Formen sind die Kotsteine zu betrachten.

Dr H. Otz, Bern:

Ueber Retroversio uteri und ihre operative Behandlung durch die Laparotomie.

Aus der Gynækologischen Klinik in Bern: Prof. P. Müller.

(Hallersche Buchdruckerei, Bern 1902.)

Einleitend folgen allgemeine Bemerkungen zur *Aetiologie, Symptomatologie* und *Therapie* der Retrodeviationen des Uterus; dann schliesst ein Kapitel an, betitelt:

Ventrofixatio uteri.

Köberlé war der Erste, welcher im Jahre 1869, bei Anlass einer linksseitigen Ovariotomie, dem zugleich stark retrovertierten Uterus durch Einnähen des Ligaturstumpfes in die Bauchwunde seine annähernd normale Lage wieder gab.

P. Müller machte 1878 den Vorschlag, bei hartnäckiger Retroflexio den Fundus uteri oder den Uterusstumpf an die vordere Bauchwand anzuheilen, nachdem er vorher in zwei Fällen von Fibroma uteri mit Prolaps den Stumpf extraperitoneal versorgt hatte, um damit zugleich den Vorfall zu heilen.

Olshausen gebührt das Verdienst zum erstenmal, einzig zum Zwecke der Lagekorrektur der nach hinten gesunkenen Gebärmutter, die Laparotomie ausgeführt zu haben.

Auf der *Berner-Klinik* wurde seit Sommer 1898 bei einer Reihe von *35 Fällen* folgendes *Operationsverfahren* in Anwendung gebracht:

Hautschnitt nach O. Küstner [1]; sorgfältige Ligirung der oft zahlreichen einzelnen Gefässe mit Catgut; dann wird senkrecht zum Hautschnitt ca. ein Quer-

[1] *Anmerkung:* Siehe diesen Jahrgang: O. Beuttner: Suprasymphysärer Bogenschnitt nach Rapin-Küstner.

finger seitlich von der Medianlinie die Fascie gespalten. Weiter werden die zu Tage tretenden Muskelbündel des Rectus abdominis stumpf der Länge nach auseinandergedrängt, am besten mit der KOCHER'schen Kropfsonde. Die tiefe Fascie, das oft reichlich vorhandene subseröse Fett und das Peritoneum werden nun mit zwei Pincetten erfasst und successive incidiert. TRENDELENBURG'sche Hochlagerung. Luxation der Ovarien und Inspection. Eine mit Silkwormgut armierte, stark gebogene Nadel wird durch Fascie, Muskulatur und Peritoneum, 4 querfingerbreit über der Symphyse und 2 cm. vom Wundrand entfernt, geführt, das Lig. rotundum durchstochen und die Nadel 1 cm. höher in umgekehrtem Sinne durch die Bauchdecke geführt, dann rechts und links die Faden geknotet und die Pat. wieder in Horizontallage gebracht. Etagenweise Wiedervereinigung der Bauchwunde. Sublimatcatgut. Fortlaufende Hautseidennaht und tiefer greifende Seidenknopfnähte. Jodoformgaze Collodialstreifen; für die ersten 24-48 Stunden noch ein leichter Compressivverband.

In 34 Fällen handelt es sich um frei bewegliche Retroversionen und nur in einem Fall war der Uterus durch perimetritische Adhæsionen nach hinten fixiert. Neun Patienten hatten eine längere erfolglose Pessarbehandlung durchgemacht, eine war vor zwei Jahren vaginofixiert und zwei vor Jahresfrist nach Alexander-Adams operiert worden. Zwölfmal war die Retroversio mit Descensus uteri, dreimal mit einem Vorfall beider Vaginalwände kompliziert.

In 24 Fällen wurden die Adnexe und zwar speciell die Ovarien verändert gefunden. Bei allen 35 Patientinnen gestaltete sich der Wundverlauf zu einem vollständig reaktionslosen.

« Gestützt auf eigene Erfahrungen und auf Aussagen namhafter Autoritäten, sind wir dazu berechtigt, die Ventrofixation bei der Behandlung der Retroversionen des Uterus als eine segensreiche, für radikale Heilung garantierende Operationsmethode in den Vordergrund zu stellen. Betreffs der Indikationsstellung zur Operation sind die Akten noch nicht geschlossen. »

Vierundzwanzigmal fand man in der *Berner*-Klinik die Retroversion kompliziert mit Erkrankung der Adnexe; in 12 Fällen, also gerade der Hälfte, wurden die Veränderungen, trotz vorheriger gründlicher Untersuchung, erst bei der Operation entdeckt und zwar betraf dies immer nur die Ovarien.

Bei der Ventrofixation erhalten wir genaue Auskunft über die Beschaffenheit der inneren Geschlechtsteile, speciell der Adnexe. Dieser Umstand ist gewiss von grosser Bedeutung. Sagt doch auch KÖTSCHAU in seinem zu *Köln* gehaltenen Vortrage:

« *Die Ventrofixation bleibt die bevorzugte Operation, da sie einen klaren Einblick gestattet und eventuelle Nebenoperationen ermöglicht.* »

Dieser grosse Vorteil der Uebersichtlichkeit bei der Ventrofixation, speciell in Anbetracht der so oft zufällig entdeckten pathologischen Veränderungen an den Ovarien, scheint P. MÜLLER *ein wichtiger Grund mehr zu sein, die Ventrofixation als Operationsmethode zum Zwecke der Radikalheilung von Retrodeviationen des Uterus in ihr Recht einzusetzen.*

Dr C. PANOFF, Lausanne:

Ein Fall von puerperaler, metastatischer Ophtalmie.

Sur un cas d'Ophtalmie métastatique puerpérale.

Clinique Ophtalmologique de l'Université de Lausanne: Prof. Marc Dufour.
(Imprimerie G. Vaney-Burnier, Lausanne 1902.)

24-jährige Erstgebärende: Geburt am 25. November 1901, 3 Tage später Fieber und Schüttelfröste, am Nachmittag des 4. Dezember erfolgt die Erblindung des linken Auges.

Historischer Ueberblick: Die metastatische Ophtalmie wurde zum erstenmale im Jahre 1774 im *Hôtel-Dieu* in Paris durch TENON beobachtet; weitere Fälle und Beobachtungen wurden 1775 von HYMLI, FISCHER, ARLT, MECKEL und MÜLLER, VIRCHOW, HEIBERG, ROTH, HIRSCHBERG, KOHLER, MITVALSKY und WAGEMANN beschrieben.

Folgt die *Pathologische Anatomie*, sowie ein *Kapitel über die ophtalmoscopischen Veränderungen.*

Bezüglich der *Pathogenie* kommen embolische Processe in Betracht. Was die *Häufigkeit* der uns interessierenden Affektion anbelangt, so ist sie eine beschränkte; beide Augen werden beinahe gleich häufig befallen; so beobachtete AXENFELD die Erkrankung neunzehnmal linkerseits und siebzehnmal rechterseits. Die Kranken standen im Alter von 32 bis 42 Jahren. Am häufigsten beginnt die Erkrankung am Ende der ersten oder im Beginne der zweiten Woche « post partum », das Endresultat ist der Verlust des Gesichtsinnes.

Dr. S. de Patton, Genf:

Bedeutung des Hegar'schen Schwangerschaftszeichens für die frühzeitige Diagnose.

Importance du Signe de Hegar pour le Diagnostie précoce de la Grossesse.

Aus der Genfer Frauenklinik: Prof. Jentzer.

(Henry Kündig, Libraire-Editeur, Genève, 1902.)

I. *Historischer Ueberblick.* Hegar lenkte im Jahre 1876 sein Augenmerk auf die bimanuelle Untersuchung, nachdem diese bereits von Weit, Schulze, Holst und Sims gewürdigt worden war. Im Jahre 1884 publizierte Reinl das *Hegar'sche Schwangerschaftszeichen;* im Jahre 1885 kommt ein weiterer Assistent Hegar's, Compès darauf zurück und gibt weitere Details; folgen Publikationen von Löhlein, Hegar, Sonntag, Sellheim etc. etc.

II. *Anatomische Beschreibung des unteren Uterinsegmentes und seine Herkunft.* Verfasser citirt die Arbeiten von Mauriceau, Levret, Bandel, Küstner, Marchand etc. (Leider wurden die wichtigen Publikationen von Bayer dabei nicht berücksichtigt.)

Worauf beruht das *Hegar'sche Schwangerschaftszeichen* und wie wird selbes erkannt?

Die durch die Schwangerschaft herbeigeführte Erweichung der den Uterus zusammensetzenden Gewebe ist keine gleichmässige, das Collum uteri bietet noch eine gewisse Resistenz dar wenn das Corpus uteri schon sehr weich geworden ist und an diesem letztern erscheint der obere Abschnitt (der das Ei enthält) praller gespannt, als der untere, der sich wie eine schlaffe Membran zwischen den Fingern zusammendrücken lässt. (Fig. 33.)

Um das « *Hegar'sche Schwangerschaftszeichen* » zu erkennen, wird folgendermassen vorgegangen:

Befindet sich die Gebärmutter in normaler Lage, so führt man den Zeigefinger der rechten Hand in das vordere Scheidengewölbe; während die linke Hand von aussen hinter den Uterus in die Tiefe zu dringen sucht. (Fig. 34.)

Die Finger der beiden Hände suchen sich nun möglichst zu nähern, indem sie das untere Uterinsegment allmählich eindrücken. Besteht eine Retroversion dann muss der rechte Zeigefinger in das hintere Scheidengewölbe gebracht werden, während die äussere Hand über der

Fig. 33. n/Sonntag.

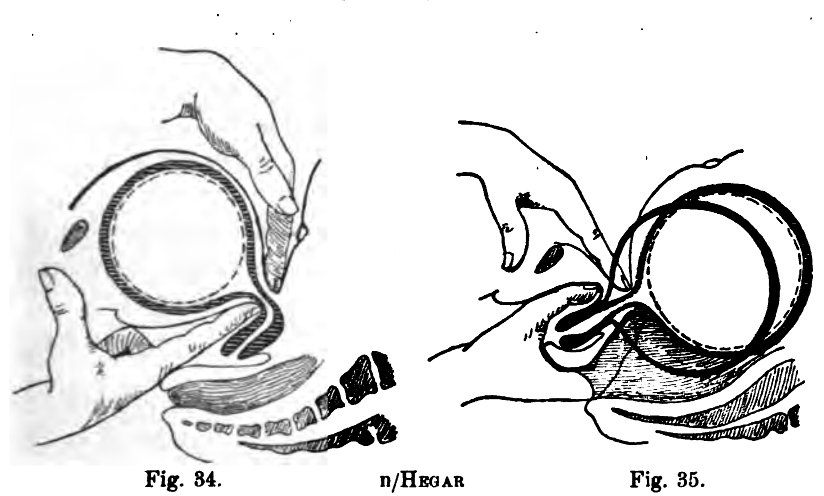


Fig. 34. n/Hegar Fig. 35.

Symphyse auf der vorderen Uteruswand nach unten zu dringt (Fig. 35). Eventuell muss durch das Rectum exploriert werden und die Narkose in Anwendung kommen.

III. *An der Genfer Frauenklinik beobachtete Fälle.*

1. *Beobachtung.* 33jährige Multipara, im Monat Juli 1900 zum letzten mal menstruiert; am 18. Oktober tritt sie in die Frauenklinik ein. Bei der Inspektion des Abdomens findet man rechterseits eine runde Proeminenz von der Grösse eines Kindkopfes; bei der Palpation findet man einen weichen, beweglichen, nicht schmerzhaften Tumor und bei der bimanuellen Untersuchung den Uterus ein wenig nach links abge-

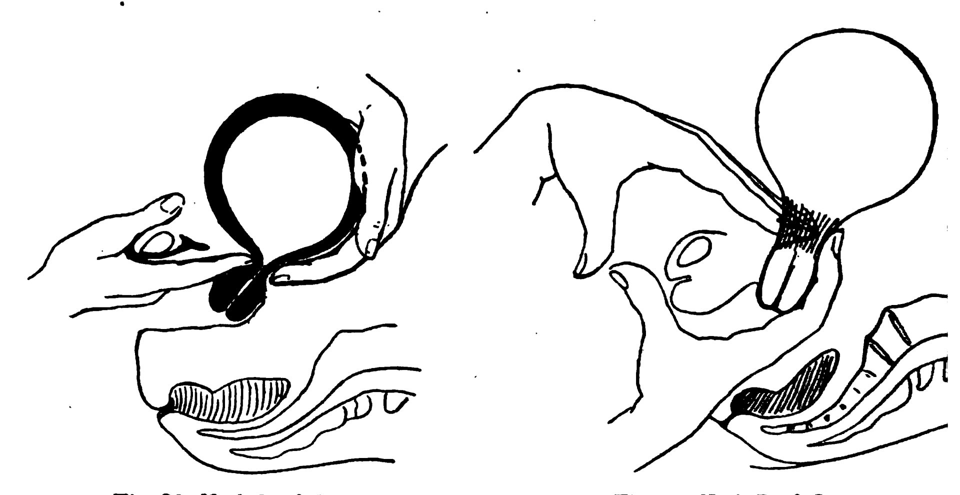


Fig. 36. Nach Prof. Jentzer. Fig. 37. Nach Prof. Jentzer.

wichen. Der Tumor scheint vom rechten Uterushorn seinen Ausgang zu nehmen. 15. November: Der Tumor hat an Volumen zugenommen. 26. November: Eingehende Untersuchung: man findet keinen Geschwulststiel; foetale Herztöne, 2 cm. unterhalb Nabel; der Uterus scheint nicht vergrössert. Besteht eine normale Schwangerschaft? 29. November: Untersuchung in Ether-Narkose; Hegar'sches Schwangerschaftszeichen; normale Schwangerschaft (siehe Fig. 36 und 37).

Am 18. April 1901 wurde die Schwangere von einem lebenden Kinde entbunden.

2. *Beobachtung.* 41 jährige Multipara; zum letzten mal menstruiert am 20 Oktober 1901; am 4. Januar 1902 nimmt das Abdomen rasch an Umfang zu und die Miction wird beschwerlich; am 11. Januar tritt die Pa-

tientin in das Kantonspital ein; die sofort unternommene Katheterisation fördert 3500 cc. Harn zu Tage; am 12. Januar neuerdings Katheterisation: 1200 cc. Harn; am 16. Januar Eintritt in die Frauenklinik. Katheterisation: 1750 cc. Urin: Blut und Eiter. Bei der bimanuellen Untersuchung (Fig. 38) findet man das Collum hoch hinter der Symphyse; der Douglas erfüllt von einem Tumor, der nach abwärts 4 bis 5 Querfinger oberhalb der Vulva reicht.

Diagnose: Intraligamentäre Cyste.

18. Januar. Untersuchung in Ether-Narkose.

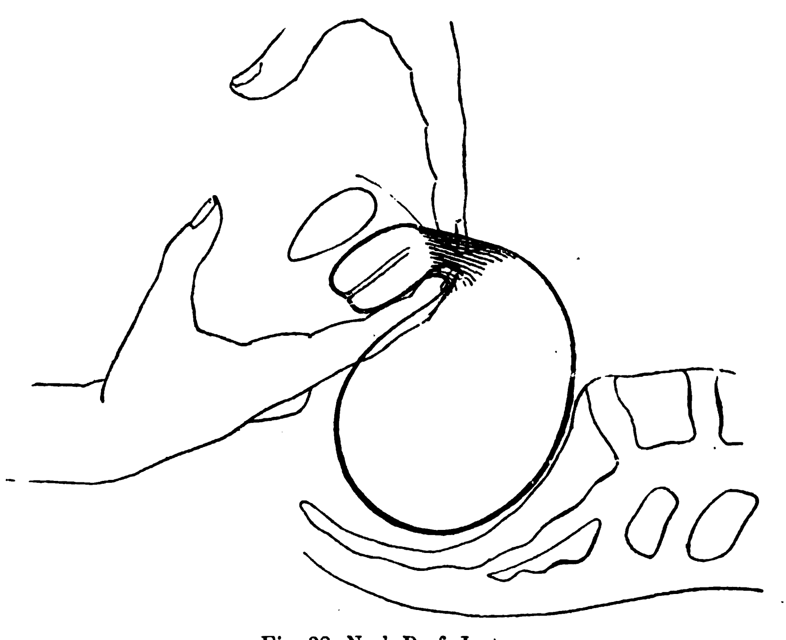


Fig. 38. Nach Prof. Jentzer.

Prof. Jentzer gelingt es, den Tumor hinter dem Collum nach oben zu dislociren. Die Cervix nimmt nun wieder die normale Lage im Becken ein. Diejenige Partie, die man für das Corpus uteri gehalten hatte, erscheint jetzt als solches zu klein. *Hegar'sches Schwangerschaftszeichen.* (Fig. 39.) *Diagnose:* Gravidität. 6. Mai: Kopf beweglich über dem Becken-Eingang. Kindliche Herztöne; Kinds-Bewegungen.

3. *Beobachtung.* 38jährige Multipara. Eintritt in die Frauenklinik am 3. Februar 1902; vor drei Wochen plötzlich Schmerzen in der Nierengegend und plötzliche Zunahme des Abdomens, Zunahme, die anhält.

Letzte Regeln vor 5 Wochen. *Hegar'sches Schwangerschaftszeichen. Wahrscheinlichkeits-Diagnose*: Gravidität. 14. Februar: Starke Schmerzen in abdomine. 27. Februar: Eingehende Untersuchung: Relative Dämpfung bis 3 Querfinger oberhalb des Nabels; absolute Dämpfung bis zum Nabel; keine Herztöne; dagegen fühlt man im vorderen Scheidengewölbe einen harten, runden Körper. Austritt. Am 3. Mai präsentirt

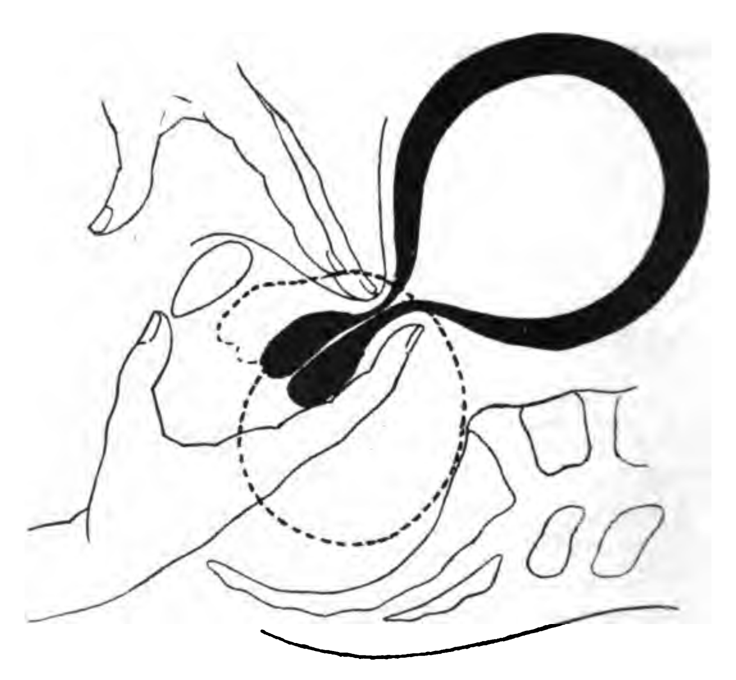


Fig. 39. Nach Prof. Jentzer.

sich Patientin wieder in der Frauenklinik. Leibesumfang 115 cm. Zwillingsschwangerschaft oder Hydramnios? Keine Herztöne. 23. Juni: Zwillingsgeburt.

IV. *Epikritische Bemerkungen.* Ueber den Wert des «HEGAR'schen *Schwangerschaftszeichens*» ist man nicht einig. Sicher ist, dass die Anwesenheit desselben uns vor groben diagnostischen Irrthümern bewahrt.

V. *Schlussfolgerungen*:

« *Wenn auch das* « HEGAR'sche *Schwangerschaftszeichen* » *nicht in der Rubrik der* « *sicheren Schwangerschaftszeichen* » *untergebracht werden*

kann, so gehört es doch, wie SONNTAG *dies gezeigt hat, zwischen die « sicheren » und « wahrscheinlichen Zeichen ». Als « wahrscheinliches Schwangerschaftszeichen » kommt ihm in differential-diagnostischer Hinsicht eine grosse Bedeutung zu; kann das «* HEGAR'sche *Zeichen » nachgewiesen werden, so muss man weitere Schwangerschaftszeichen aufsuchen und zugleich sehr gewissenhaft andere, eventuell in Betracht kommende pathologische Zustände auszuschliessen suchen. »*

Die sehr instruktiven und hübschen Abbildungen sind von Herrn Dr TEUTSCHLÄNDER angefertigt worden.

Dr E. PISSAREFF, Irkutsk, Sibirien:

Ein Fall von Teratom des Ovariums bei einem Kinde.

Aus dem Kinderspital Zürich.

(Buchdruckerei des Schweiz. Grütlivereins. 1902.)

Bezüglich der Genese dieser höchst interessanten Geschwulstformen wird in der vorliegenden Arbeit ein Fall mitgeteilt, der deshalb von hohem Interesse ist, weil er bei einem neunjährigen Mädchen beobachtet wurde und somit in der frühesten Jugendzeit, vielleicht in der Anlage kongenital und unzweifelhaft also jahrelang vor der Pubertätszeit, sich entwickelt hat.

Nach eingehender Berücksichtigung der *Krankengeschichte* und genauer *makroskopischer* und *mikroskopischer Beschreibung des exstirpierten Tumors*, folgt eine *kurze Zusammenfassung* der zu Tage geförderten Befunde; in einer Anmerkung werden diese letzteren von Prof. O. WYSS noch wesentlich ergänzt und lauten folgendermassen:

« Wenn somit im ganzen und grossen ein starkes Durcheinander der verschiedenen Gewebsbestandteile vorhanden ist, können wir doch nicht zugeben, dass der ganze Tumor ein absolutes pêle-mêle der verschiedenen Organbestandteile darstellt. Die mangelhaft ausgebildete Gehirnsubstanz nimmt einen gewissen grossen Teil des Tumors ein. Dieses rudimentäre Centralnervensystem repräsentiert sich ungefähr folgendermassen: Umschlossen ist das Gehirn von einer Art Dura, die dort die Aussenfläche der Geschwulst begrenzt. An der Oberfläche weder Cranium noch Haut. Eine stellenweise schöne, durch die typischen Gefässe charakterisierte Pia überzieht die Gyri. Basal- oder centralwärts von der Gehirnsubstanz liegen einige grössere Knochen; in ihrer Umgebung Knorpel, teils mit diesen zusammenhängend,

teils isoliert. Ausserdem stellenweise Ganglien mit vortrefflich ausgebildeten Ganglienzellen und grossen abgehenden Nerven und zellreichem Stützgewebe. Daneben Cysten mit Haut und an einer Stelle mit Haaren und Talgdrüsen. Ferner Cysten mit Cylinderepithel, ohne oder mit Papillen, Drüsen, papillomatösen Wucherungen. Stellenweise auffallend viele Cysten oder Spalten mit Flimmerepithel; auch viel Knorpeleinlagerungen: vielleicht von der Nase, Choanen etc. abstammende Teile. Unfern davon Gebilde, die den Kiefern angehören: Zähne, Drüsen, zum Teil wie Speicheldrüsen, Schleimdrüsen u. s. w. Endlich liegen Partien vor, wo dünne Knochenplatten. Gebilde, die man als Augenlider mit Follikeln, Cilien etc. aussprechen möchte, so dass man da an die Orbita mit ihrem Inhalt denkt; und wiederum solche, wo anscheinend das Gehörorgan vorliegt ».

In einem dritten und letzten Kapitel werden *die Ansichten über die Entstehungsweise resp. Ursachen der Teratome des Ovariums* besprochen.

Pissareff ist Anhänger der Wilms'schen Hypothese.

« Wilms, dem wir vortreffliche Untersuchungen über diese Geschwülste verdanken, hat dieselben ganz objektiv und sorgfältig studiert und ist zu dem Schlusse gekommen, *dass es sich hier um Embryome oder rudimentäre Parasiten handelt, die sich aus einem Ei entwickeln, wobei die parasitäre Natur mit dem Fehlen gewisser Organe: Herz, Niere, Leber zusammenhängt.* »

Pfannenstiel, der die neueste Arbeit über diesen Gegenstand publiziert hat, schliesst sich der Auffassung parasitärer Bildung nicht an.

Die Arbeit schliesst mit 11 von Prof. O. Wyss nach der Natur gezeichneten Abbildungen.

Dr. Max Reber, Basel:

Ueber eine bisher nicht beschriebene Form von Rectalstrikturen und eine neue Behandlung derselben.

Aus der chirurgischen Klinik zu Basel: Prof. Hildebrand.

(Druck von H. Laupp jun., Tübingen.)

Ueber die *Aetiologie* der Rectalstrikturen ist man noch sehr im Unklaren; es dürfte deshalb von Interesse sein, zwei Fälle der Basler Klinik näher zu besprechen.

Aus den detaillirt mitgeteilten Krankengeschichten geht zunächst hervor, dass es sich um weibliche Individuen handelt (50 Jahre alte Landarbeiterin und 45 jährige Köchin).

Reber eliminiert der Reihe nach folgende event. in Betracht kommende ætiologische Faktoren:

Dysenterie, Tuberkulose, Gonorrhœ, Lues, kongenitale Strikturen, Sphincter ani tertius, Mastdarmschleimflüsse, clysmatische Verletzungen,[1] *carcinomatöse Strikturen* und *wiederholte Graviditäten.*

Nachdem die verschiedenen Ursachen, welche sonst für Mastdarmstrikturen verantwortlich gemacht werden, für die Basler-Fälle nicht



Fig. 40.
Halbschematische Zeichnung der Rectumstrikturen der beiden Basler-Fälle.

verwertet werden können, sucht Reber an Hand der Krankengeschichten eine andere Erklärung.

Können vielleicht die *Uterusmyome,* mit welchen beide Patientinnen behaftet waren, mit den Strikturen in Zusammenhang gebracht werden? Aus allen Fällen, wo Myome durch Druck Strikturen des Mastdarms herbeiführten, geht hervor, dass zwischen Uterus und Rectum Adhærenzen bestanden, welche bei den Basler-Fällen fehlten. Sind vielleicht die *Myomoperationen* verantwortlich zu machen?

[1] Siehe Anmerkung auf Seite 151.

Folgende Erklärung scheint Reber als die richtige zu halten.

Nachdem im *Fall 1* das Corpus uteri von der Cervix amputiert und im *Fall 2* der myomatöse Uterus vollständig entfernt worden war, war es Aufgabe des Operateurs, die dadurch gesetzte Schlitzwunde des Peritoneums zu vereinigen. Zu diesem Zwecke mussten notwendigerweise die Douglas'schen Falten angespannt und nach vorne und unten gezogen werden, um mit dem vorderen Rande des Peritonealschlitzes vernäht werden zu können.

Wäre es nicht möglich, dass dabei Gefässe, wie die Arteria hæmorrhoidalis superior, welche von der Mesenterica inferior kommend, direkt unter dem Peritoneum sich an die vordere und hintere Fläche des

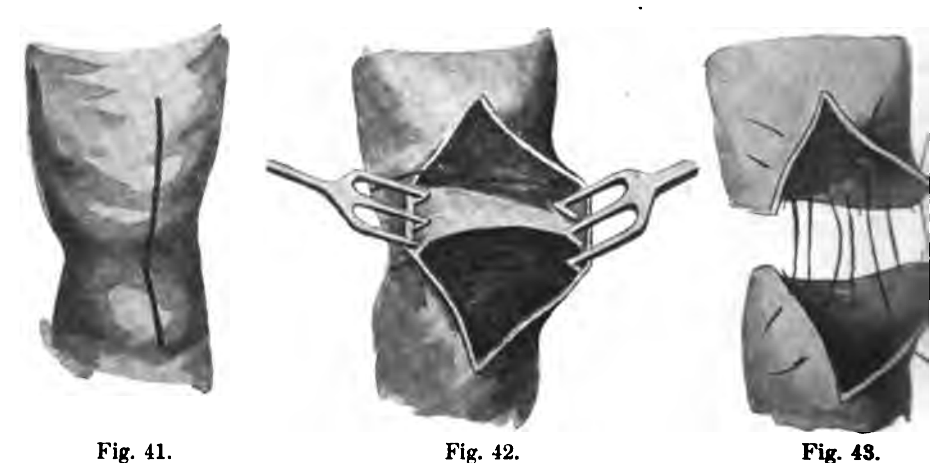


Fig. 41. Fig. 42. Fig. 43.

Die wichtigsten Momente der von Prof. Hildebrand ausgeführten Operation zur Entfernung der Rectumstrikturen.

Rectums verteilt, gezerrt und dadurch in ihrem Lumen verengert oder gar verschlossen wurden? Das Resultat wäre natürlicherweise eine Ernährungsstörung in der Wand des oberen Teils des Rectums.

Es ist eigentümlich, dass in der Litteratur keine hiehergehörigen Fälle beschrieben sind, trotzdem ja wohl täglich Myomoperationen ausgeführt werden. Allerdings muss bemerkt werden, dass, wie Sektionsprotokolle lehren, Rektumstrikturen vielfach erst nach dem Tode erkannt werden.

Das von Herrn Prof. Hildebrand in Anwendung gebrachte neue Operationsverfahren ist folgendes:

1. Längsschnitt in der Mittellinie über Steissbein und untern Teil des Kreuzbeins. Durchtrennung der Weichteile.

2. Entfernung des Steissbeins und eines Teils des Kreuzbeins.

3. Längsschnitt durch die hintere Rectumwand. Fig. 41.

4. Cirkuläre Ablösung der Sriktur mit Erhaltung des Peritoneums. Quere Vereinigung des obern und untern Wundrandes durch Naht. Fig. 42 und 43.

5. Vereinigung des Längsschnittes der hinteren Rectalwand in querer Richtung.

6. Tamponade der äusseren Wunde. Verband.

Der *wichtigste Teil* der von HILDEBRAND ausgeführten Operation ist unter Ziffer 4 angegeben. Durch diese Art der Operation kann die Striktur ohne Resektion des Darmes in allen seinen Schichten weggenommen werden und, was als Hauptvorzug gelten muss, ohne dass dabei das Peritoneum eröffnet wird.

Anmerkung. A. NORDMANN hat in seiner *Basler-Dissertation* vom Jahre 1887: « *Ueber Clysmatische-Læsionen des Mastdarms* » die uns interessierenden Verletzungen beschrieben. Von den in der Litteratur gefundenen Fällen interessiert uns namentlich die von WYSS (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1881) mitgeteilte Beobachtung:

Eine Wöchnerin hatte ein gewöhnliches Clystier von Seifenwasser mit Ricinusöl erhalten und bei der Application einen plötzlichen, starken Schmerz verspürt. Sie erkrankte unmittelbar nachher an einer heftigen Paraproctitis, während welcher dreimal darmartige Gewebsstücke abgingen. Die Patientin genas und trug eine Striktur des Rectums davon. —

Aus der Epicrise geht deutlich hervor, dass es sich nicht, wie WYSS meint, um ein « submucöses » Clystier, sondern um eine vollständige Durchstossung der Darmwand gehandelt hat.

Bis zum Jahre 1881 kann die Litteratur über die clysmatischen Veränderungen des Mastdarms keineswegs eine reiche oder gar erschöpfende genannt werden. NORDMANN hat es deshalb unternommen, an Hand einiger Präparate des *Basler pathologischen Institutes* (Prof. M. ROTH) diesem Gegenstand näher zu treten. Im ganzen werden 25 Fälle beschrieben, die vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus in folgende Gruppen untergebracht werden können:

I. Penetrirende Verletzungen oder vollständige Perforationen; diese zerfallen wieder:

a) in solche mit Necrosen oder mit Geschwüren der umgebenden Schleimhaut;

b) in solche mit intacter Schleimhaut in der Umgebung.

II. Nicht penetrirende oder superficielle Verletzungen; diese stellen sich dar:

a) als Necrosen;

b) als Geschwüre.

NORDMANN bespricht dann in weiteren Kapiteln die *Aetiologie,* die *Diagnose* und die *Ausgänge* der clysmatischen Mastdarmlæsionen.

Dr. H. Reyser, Bern:

50 Fälle von Extrauteringravidität.

Aus der Frauenklinik in Bern.

(Buchdruckerei Ott & Bolliger, Bern, 1902.)

Das verwendete Material umfasst die Jahre 1892-1902. Unter den 50 Fällen sind 33 Frauen über 30 Jahre alt. Es ist dies eine Bestätigung der schon bekannten Tatsache, dass die Extrauteringravidität häufig Frauen im höheren Alter befällt. Häufig verfliesst zwischen der letzten Geburt und der Extrauteringravidität längere Zeit; auffallend ist andererseits die Tatsache, dass in 10 von 40 Fällen die Tubargravidität 1 Jahr nach einer normalen Geburt auftrat; in 10 anderen Fällen waren die Frauen vorher steril, was zu beweisen scheint, dass in einer beträchtlichen Zahl ein mechanisches Hindernis als Ursache der Extrauteringravidität existiert.

Dr. Reyser kommt ganz kurz auf die «*Wiederholte Tubargravidität*», auf die *Diagnose, Prognose* und *Therapie* zu sprechen und gibt dann zusammenfassend die *therapeutischen Indikationen der Berner-Klinik*: es sind folgende:

1. Nach gestellter Diagnose auf Extrauteringravidität, nach Berstung derselben oder nach abdominalem Abort, wird so schnell wie möglich die Laparotomie ausgeführt.

2. Es wird sogar operativ vorgegangen, wenn die Diagnose auf Extrauteringravidität nicht mit Sicherheit gestellt werden kann, weil ja in solchen Fällen meist andere schwere Genitalaffektionen vorliegen, welche ein operatives Eingreifen ebenfalls rechtfertigen.

3. Was die Hämatocelen anbelangt, so werden dieselben trotz der neueren anatomischen Untersuchungen, die das Fortwuchern der Chorionzotten und ihre Folgen konstatieren, exspektativ behandelt, da doch die Erfahrung lehrt, dass die Folgen der Fortwucherung nur in einer Minderzahl der Fälle eintreten und dass in der Mehrzahl der Fälle die Resorption der Blutmassen relativ rasch erfolgt.

Gegen die Hämatocelen wird nur dann operativ vorgegangen, wenn

a. die Hämatocele nicht Anstalt trifft, bald in Resorption überzugehen;

b. eine Vergrösserung der Hämatocelengeschwulst oder sonstige Symptome auf eine neue Blutung hinweisen;

c. durch den Tumor Mastdarm und Blase komprimiert und in ihrer Funktion gehindert werden;

d. Temperatursteigerungen auf eine Vereiterung oder Verjauchung des Sackes hindeuten.

Als Operationsmethode für solche Fälle wird die Incision von der Vagina und besonders vom hintern Scheidengewölbe aus bevorzugt.

4. Wenn auch auf eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hin die Operation ausgeführt werden darf, wenn auch die oben entwickelten anatomischen Untersuchungen theoretisch gegen eine exspektative Behandlung sprechen (die Praxis lehrt aber, dass die Folgen der Fortwucherung der Chorionzotten nur in der Minderzahl der Fälle eintreten), so gibt es doch vereinzelte Fälle, wo ein exspektatives Verhalten gebilligt werden kann. Es sind dies die Fälle, wo das Untersuchungsresultat die Möglichkeit einer Extrauteringravidität nicht ausschliesst, dagegen die Symptome eher für eine Adnexerkrankung sprechen. Indiciert in einem solchen Fall der Befund nicht eine sofortige Operation der vorliegenden Affektion, ist das allgemeine und örtliche Befinden der Patientin ein befriedigendes, so kann man von einem operativen Eingriff vorläufig absehen. Dies sollte nur dann der Fall sein, wenn die äusseren Verhältnisse derartig sind, dass, wenn plötzlich neue Erscheinungen für Extrauteringravidität sprechen, man sofort auch die operative Behandlung ausführen kann, wie dies z. B. in einem Spital der Fall ist.

Auf der Berner-Klinik wurden 5 solcher Fälle exspektativ behandelt, ohne dass die Patientinnen dadurch Schaden gelitten hätten. Man hatte es in diesen Fällen entweder mit einer Adnexerkrankung zu tun oder auch mit einer Extrauteringravidität, die bereits im Rückgang begriffen war.

Auskratzungen des Uterus wurden nicht vorgenommen, teils ihrer Gefährlichkeit wegen, teils weil die ausgekratzten Massen die Diagnose doch nicht mit Sicherheit stützen können,

Zum Schlusse folgt die tabellarische Uebersicht der Fälle.



Dr. G. Reutter, Lausanne:

Einige seltene Fälle von Carcinom.
Quelques cas rares de Carcinomes.
Institut pathologique de Lausanne.
(Imprimerie C. Pache-Varidel, Lausanne, 1902.)

Den Gynækologen interessiert nur ein Fall von *primärem Magen- und Uterus-Carcinom:*

Das Magencarcinom besteht aus typischen Cylinder-Zellen, die zu kleinen, scharf abgegrenzten Alveolen angeordnet sind. Die Struktur des Uteruskrebses ist weniger regelmässig. Obgleich die Alveolen auch hier vereinzelte Cylinderzellen aufweisen, die allerdings kleiner sind, als diejenigen der Magenalveolen, so ist doch die Struktur eine ganz andere, umsomehr ein grosser Teil der Zellen vergrössert ist, polymorphe Formen hat und in die Uteruswand überall eindringt.

Die mikroskopischen Befunde lassen den Schluss zu, dass wir es mit zwei primitiven Carcinomen zu tun haben und nicht etwa mit einer Metastase.

Dr. H. Ritter, Cham (Kt. Zug):

Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom und Sarcom im Uterus.
Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. P. Ernst.
(Polygraphisches Institut A.-G. Zürich, 1902.)

In den letzten Jahren sind mehrerer Abeiten veröffentlicht worden über die Multiplicität von Tumoren im menschlichen Organismus. Grünfeld hat die hierzu gehörige umfangreiche Litteratur zusammengestellt: «Zur Duplicität maligner protopathischer Tumoren. Münchener med. Wochenschrift Nr. 32. 1901.»

Ritter ist nun im Falle eine weitere Beobachtung der Oeffentlichkeit zu übergeben; es handelt sich um gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom und Sarcom in einem und demselben Uterus, wobei sich das Carcinom als typisches Cylinderzellencarcinom mit teilweise cubocellulärem

Charakter diagnostizieren lässt. Der zweite Tumor ist ein kleinzelliges Rundzellensarcom, das multiple Metastasen in der Leber gemacht hat.

Es ist dieser Fall insbesondere dadurch bemerkenswert, dass er den Anforderungen BENEKE's am meisten entspricht. Nach diesem Autor würde nämlich der sichere Beweis, « dass es sich dabei nicht um eine ungewöhnlich gesteigerte physiologische Granulationswucherung (Stroma), sondern um echtes Sarcom handle », erst geliefert sein, wenn gleichzeitig Metastasen von reinem Sarcom und Carcinom entstanden wären.

Der Leichenbefund liess folgende *Anatomische Diagnose* stellen:

Carcinom des Corpus uteri, mit Zerstörung der Portio und Uebergang auf die Vagina. Metastasen in der Leber, von auffallend homogener und fester Beschaffenheit. Rechtsseitige Ovarialcyste, kleine Cyste des linken Ovariums. Struma colloides et hyalina etc., etc.

Mikroskopische Untersuchung des Uterus, der Lebermetastasen, der Ovarialcysten, der Struma und der geschwollenen Drüsen.

RITTER kommt eingehend auf die Frage zu sprechen, ob es sich im vorliegenden Falle um ein Rundzellensarcom oder um ein Lymphosarcom handle; er kommt zur Einsicht, dass wohl kein Lymphosarcom vorliege, da auch in den feinsten Celloidinschnitten nur ein weitmaschiges Stroma mit eingelagerten Zellhaufen gefunden wurde, dagegen nichts, das an einen lymphoiden Bau erinnert hätte; also kein feinfaseriges charakteristisches Reticulum.

Mit einer kleinzelligen Infiltration sind diese Tumormassen nicht zu verwechseln, da die Zellen eher etwas grösser sind, als die gewucherten Bindegewebszellen des Endometriums; auch überwiegen die Zellkerne dieser Tumorzellen das Protoplasma zu stark. Im vorliegenden Falle liegt es auf der Hand das Bindegewebe der Uteruswand für den Ausgangspunk des Sarcoms verantwortlich zu machen, da ja die Tumormassen mitten in der Uteruswand die Muskelbündel auseinander drängen und dieselben wie Inseln umwachsen (keine Fibromyome).

Die Ursache dieser doppelten Geschwulstentwicklung im Uterus ist wohl schwierig zu erklären. Vielleicht sind, wie PFANNENSTIEL annimmt, gewisse Rückbildungsvorgänge im Spiel (KLEBS Holoblastose-Theorie).

« Wenn wir uns fragen, welcher von beiden Tumoren in unserem Falle sich zuerst entwickelt hat, so müssen wir wohl das Sarcom als den primär entstandenen Tumor ansehen, denn nach v. KAHLDEN ist die Metastasenbildung des Uterussarcoms einmal schon sehr selten und wo überhaupt Metastasen beobachtet werden, kommen dieselben erst nach verhältnismässig sehr langem Bestehen der Geschwulst zur Entwicklung.

Dass das Carcinom neueren Datums ist, dafür spricht das Fehlen der Metastasen und seine noch relativ oberflächliche Lokalisation; denn es ist ja bekannt, dass gerade die Uteruscarcinome wegen der grossen Neigung zur baldigen Metastasenbildung so verhängnisvoll sind. Es liegt hier nahe, anzunehmen, dass das Sarcom durch sein Wachstum die in die Tiefe hineinragenden Drüsenschläuche umwuchert, vielleicht Epithelinseln dann abgetrennt hat, die für sich dann regellos weiterwucherten und carcinomatös wurden, so dass geradezu « das Sarcom in ursächliche Beziehung zum Carcinom zu bringen ist. »

Vier mikrophotographische Aufnahmen erläutern auf's Beste die vorliegenden histopathologischen Verhältnisse.

Dr. Karl Ritzler, Degersheim, Kt. St.-Gallen:

Erfahrungen über Appendicitis.

Aus dem Kantonsspital Winterthur.

(Buchdruckerei W. Schiess und Zwicki, Herisau, 1902.)

Das Material umfasst 61 Fälle aus der Spital- und Privatpraxis von Herrn Dr. Stierlin.

I. *Appendicitis simplex oder catarrhalis.* Akute Exacerbation chronischer Entzündung oder Sekretstauung, infolge Schwellung der Schleimhaut (des proc. vermiform.), rufen das bekannte Bild des Anfalles hervor.

18 hierhergehörige Fälle wurden beobachtet: Plötzliches Auftreten von Schmerzen in der rechten Fossa iliaca, Appetitlosigkeit, seltenes Erbrechen. Stuhl gewöhnlich angehalten, Puls nicht oder nur wenig beschleunigt. Temperatursteigerung geringen Grades, selten; kein Tumor zu fühlen; wo Palpation in der Tiefe möglich ist, wird der Wurmfortsatz als verdickter, rollender Strang gefühlt.

Bei 12 Patienten wurde der Proces. vermif. reseciert und zwar nach Ablauf der Entzündungserscheinungen; er war von variabler Grösse, bis zu 15 cm. Länge, teilweise verdickt, derb, rigide; fünfmal leicht verwachsen, in der Mehrzahl aber frei. Auf dem Durchschnitte zeigte sich die Mucosa wulstig, hyperplastisch, gerötet und mit Schleim bedeckt. Sein Lumen war dreimal stenosiert, der periphere Teil daher kolbig angeschwollen.

II. *Appendicitis perforativa.* Aetiologisch kommt in Betracht: Entzündung des Proc. vermif. mit Eiterbildung, die fast immer zur Perfo-

ration führt. In seltenen Fällen entsteht die letztere durch Platzen eines sogenannten Empyems; bei weitaus den meisten Perforationen muss aber ein Kotstein als die Ursache derselben angesehen werden.

A.

1. *Akute Perforation mit ausgebildeter diffuser Peritonitis.* Das klinische Bild ist dasjenige einer Perforationsperitonitis. *Diese Gruppe umfasst 8 Fälle;* sie wurden in schwerkrankem Zustande ins Spital gebracht und sofort operiert. Drei Patienten wurden geheilt und verdanken ihre Rettung, nebst dem operativen Eingriffe, ihrem jugendlichen Alter. Der Proc. vermif. wurde 7 mal reseciert; er wies siebenmal eine frische Perforationsöffnung auf; 4 mal wurde ein Kotstein gefunden; immer stiess man auf Eiter, teils in Abscessen, teils frei in der Bauchhöhle.

2. *Akute Perforation mit ungenügender Abkapselung und daher drohender Peritonitis.* Diese Gruppe umfasst die Fälle, bei welchen gerade noch frühzeitig genug operiert und so eine Allgemeininfektion des Peritoneums verhindert wurde. *Bei den 9 Patienten* hatte die Krankheit vor wenigen Tagen mit plötzlichen, sehr heftigen Schmerzen eingesetzt. Sie zeigen das Bild von Schwerkranken, sind aufgeregt, mit ängstlichem Gesichtsausdruck; Atmung beschleunigt, vorwiegend costal; Zunge noch feucht, mit weissem Beleg. Erbrechen. Fieber bis 40°.140; Harndrang nicht selten; oft Eiweiss im Harn; Indicangehalt vermehrt; Bauchdecken gespannt; leichter Meteorismus; leichter Druck in der Ileocœcalgegend äusserst schmerzhaft; ein Exsudat meist nicht fühlbar.

Die Patienten wurden sogleich nach der Aufnahme operiert und der Wurmfortsatz reseciert; der letztere wies bei allen Fällen eine frische Perforationsöffnung auf.

B.

Perforation mit Exsudatbildung.

In diese Kategorie gehören die Fälle, welche das Bild des vielumstrittenen Tumors bieten; dem Eiter ist der Weg in die freie Bauchhöhle durch Verwachsungen der benachbarten Organe verwehrt.

1. *Bildung eines harten Infiltrates.* Der, in die durch Adhæsionen abgeschlossene Höhle ausgetretene Eiter zeigt einen geringen Grad von Virulenz. Das klinische Bild ist das Auftreten einer abgegrenzten, harten, höckerigen Geschwulst. Sie besteht aus œdematös geschwellten Darmschlingen nebst deren Mesenterium und Peritoneum parietale etc. In ihrem Centrum findet sich die Perforationsstelle des Processus vermi-

formis, meist umgeben von einigen Tropfen Eiter. *Zwölf solcher Fälle kamen in Behandlung.*

2. *Bildung eines Abscesses.* Wurde bei der Perforation des Wurmfortsatzes Eiter grösserer Virulenz entleert und verhindern auch Adhæsionen seinen Eintritt in die freie Bauchhöhle, so kommt er doch nicht zur Ruhe; er führt zu einer Phlegmone der angrenzenden Organe und zur Bildung eines oder mehrerer Abscesse. — Klinisch dokumentiert sich die Abscessbildung durch Verbreiterung der Resistenz, durch Wiederansteigen des oft ganz gewichenen Fiebers und später durch Fluktuation. *Sich selbst überlassen, sucht der Eiter einen Ausweg. Am liebsten nimmt er seinen Weg in den Darm. In andern Fällen ergiesst sich der Eiter in die Blase, in den Uterus oder in die Vagina, oder er durchbricht die äussere Haut.* Ernster gestaltet sich die Sache, wenn sich der Eiter in der Bauchhöhle ausbreitet und zu allgemeiner Peritonitis führt. Das vorliegende Material zeigt bei 14 Patienten das Bild von Abscessbildung. Der Processus vermiform. wurde im ganzen bei 11 Patienten reseciert, bei 7 gleichzeitig mit der Abscesseröffnung.

Dr. Ritzler kommt im weiteren Verlaufe seiner tüchtigen Arbeit zusammenhängend auf die *Differenzialdiagnose* und *die Diagnose der einzelnen Formen* zu sprechen und behandelt zum Schlusse die einzuschlagende *Therapie.*

Anmerkung des Referenten. In der *Gynæcologia Helvetica I*, pag. 88, habe ich zur R. Schnyder'schen Dissertation: « Ueber den Mechanismus und die Therapie der Gebärmutter- und Scheidenrisse » folgende Bemerkung mir erlaubt: « Es handelt sich um eine ganz vorzügliche Arbeit, die es wohl wert wäre, als Separatabdruck im Buchhandel zu erscheinen etc. »

Ebendasselbe gilt von der Dr Ritzler'schen Arbeit.

Hier, wie dort, geht ein Arzt, der durch langjährige Praxis seinen geistigen und kritischen Horizont erweitert hat, daran, eine brennende medicinische Frage wissenschaftlich zu diskutieren; das Resultat ist denn auch ein höchst erfreuliches.

Man hätte wohl grosse Mühe, eine Arbeit zu finden, die dem praktischen Arzte so klar alle die verschiedenen Perityphlitisformen, in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht, in knapper Form und mit kurzen übersichtlichen Krankengeschichten versehen, demonstriert, wie dies in der Ritzler'schen Publikation der Fall ist.

Dass diese neue Appendicitis-Arbeit auch dem Krankenhause, aus dem sie hervorgegangen und in erster Linie dem betreffenden dirigierenden Arzt Herrn Dr. Stierlin zur Ehre gereicht, ist wohl selbstverständlich.

Dr. H. ROSENMUND, Basel:

Ueber Herzfehler und Puerperium [1].
Nach Beobachtungen der Zürcher Frauenklinik.
(Buchdruckerei J. Lüdin, Binningen-Basel, 1902.)

Die Gefahr, die die Complikation von Herzfehler und Puerperium bringt, wird von den Autoren verschieden beurteilt. Die Angaben über die Mortalität differieren in weiten Grenzen.

Während der Jahre 1881 bis 1901 wurde unter ca. 12,000 Geburten 51 Mal die Anwesenheit eines Herzfehlers verzeichnet, also in ca. 0,4 %, dabei ereigneten sich 8 Todesfälle (16 %); davon gibt nur ein einziger Fall ein Beispiel dafür, dass im Verlauf der Gravidität nach und nach ein Herz mit uncompliciertem Klappenfehler insufficient wird und in Folge der Compensationsstörungen der Tod eintritt; in einem zweiten Fall erfolgte der Exitus durch Lungenembolie im Wochenbett, ohne dass von schweren Insufficienzerscheinungen die Rede gewesen wäre; in den anderen 6 Fällen handelte es sich um ausgeprägte Mitralstenose mit recurrierender Endocarditis, einmal mit Pneumonie compliciert; des weitern endocarditische Auflagerungen an den Aorten und Mitralklappen; relative Insufficienz des erkrankten, dilatierten Herzens, degenerierter Herzmuskel mit offenem Foramen ovale, Lungentuberkulose und chronischer parenchymatöser Nephritis und endlich Kyphoscoliose mit ihrer schlimmen Rückwirkung auf Lungen und Herz.

Die Mortalität für den uncomplicierten Herzfehler (2 Fälle) stellt sich somit nach den Erfahrungen der Zürcher Klinik auf circa 4 %.

Wie steht es mit den bereits in der Litteratur beschriebenen Todesfällen? Die Durchsicht von 52 einschlagenden Mitteilungen ergiebt folgende Verhältnisse:

1. 4 Fälle sind keine Klappenfehler. (Endocardit. recens. acut., Kyphoscoliose, fettige Infiltration des Herzmuskels.)

2. Von den übrigen 48 Fällen sind 23 noch mit *einer oder mehreren Complicationen vergesellschaftet,* nämlich mit Nephritis parenchymatosa oder interstitial, mit Phtisis pulmon., mit Pneumon. croup. und Bronchopneumonie; mit consecutiver Sepsis, Pleuritis fibrin. purul. duplex, mit

[1] Siehe diesen Jahrgang: Dr WALTER: Ueber die Complicationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit chronischen Herzklappenfehlern (P. MÜLLER'sche Klinik).



Pericarditis und Endometrit. post. abort. In 13 Fällen zeigen die Klappen neben den alten, frische entzündliche Veränderungen.

Schon Löhlein hat als eine Hauptgefahr für die Complikation von Klappenfehlern und Schwangerschaft *die Recurrenz der entzündlichen Prozesse an den Klappen* beschuldigt und fordert der Umstand, dass bei der Obduktion relativ häufig die recurrierende Endocarditis gefunden wird, dazu auf, mehr als es bis jetzt geschehen ist, bei schweren Störungen herzkranker Gravidæ an diese Complikation zu denken, besonders bei embolischen Vorgängen im grossen Kreislauf.

3. Ueberall, wo über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse detailliertere Angaben vorliegen, sind die Klappenfehler als schwere bezeichnet.

4. Von einigen Autoren wird die *Mitralstenose* als ein besonders *gefährlicher Herzfehler* angesehen.

28 an der *Zürcher Frauenklinik* beobachtete Fälle mit Compensationsstörungen zeigen deutlich, wie schon *im Verlauf der Gravidität,* z. Teil schon im Beginn, meist aber um die Mitte herum oder in der zweiten Hälfte Insufficienzerscheinungen sich einstellen und bis zu lebensbedrohlicher Höhe sich steigern können.

Nachdem Rosenmund noch eingehend auf die *Momente, die die Herzkraft herabsetzen, auf den Hauptgrund für das seltene Vorkommen des Exitus letal. in graviditate, auf die Erklärung der Störungen aus den physiologischen Verhältnissen und auf die Blutverteilung nach der Entleerung des Fruchthalters* zu sprechen gekommen, geht er auf die *Prognose* und *Therapie* ein und resümiert zum Schlusse folgendermassen:

« 1. Bei der Beurteilung der Complication von Puerperium und Herzfehler hat man zwischen compensierten und nicht compensierten Klappenfehlern zu unterscheiden. Die « Compensierten », also die bedeutende Mehrzahl, führen in der Regel im Puerperium nicht zu erheblichen Störungen, bei den « Nicht-Compensierten » treten im Verlauf der Schwangerschaft mehr oder weniger schwere Insufficienzerscheinungen auf. Ein Bruchteil der Fälle führt zum Tod, weniger in der Gravidität, als vielmehr in der Geburtsperiode und im Wochenbett.

Mit Tod endigen vorwiegend sehr schwere Klappenfehler und solche, die mit Nephritis, Phthise, Pneumonie und Pleuritis compliciert sind.

3. Eine schlechte Prognose gibt die recurrierende Endocarditis, die in $^1/_4$ der Todesfälle bei der Sektion konstatiert wurde.

4. In Bezug auf die Art des Klappenfehlers ist vor allem die Mitralstenose gefährlich. Quoad vitam ist die Mitralinsufficienz ziemlich harmlos.

5. Schlechter Ernährungszustand, schwächliche Constitution, vor allem auch Anæmie und Chlorose verschlimmern die Prognose.

6. Spontane Frühgeburt, weniger spontaner Abort, tritt ungefähr in der Hälfte der Fälle mit bedeutenderen Compensationsstörungen auf.

7. In der Geburtsperiode macht sich namentlich die Zeit unmittelbar nach der Ausstossung der Frucht durch Anhäufung der Todesfälle und Vorkommen von üblen Zufällen bemerkbar. Schwere Störungen in der Geburtsperiode treten in der Regel nur dann auf, wenn schon « in graviditate » solche bestanden haben.

8. Im Wochenbett zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle deutliche Tendenz zur Besserung, doch tritt in einer nicht geringen Anzahl der schweren Fälle noch früher oder später « post partum » Exitus ein.

9. Die Prognose für die Frucht ist um so dubiöser zu stellen, je schwerer der Zustand der Mutter ist.

10. Bei compensiertem Herzfehler ist Heirat zu erlauben, bei nicht « compensiertem » ist Conception zu verhindern.

11. Die künstliche Frühgeburt ist in den Fällen einzuleiten, in welchen trotz sorgfältiger Behandlung die Beschwerden zunehmen. Mit der Vornahme derselben soll nicht zu lange gezögert werden.

12. Bei Complication des nicht compensierten Herzfehlers mit Nephritis und Phthise ist es nötig, bald die Schwangerschaft zu unterbrechen. Ebenso soll dies bei der nicht compensierten Mitralstenose geschehen, sobald nur einigermassen erhebliche Störungen auftreten.

13. In Bezug auf die Beschleunigung der Geburt ist der Forceps und nicht die Wendung vorzunehmen.

14. Die Mortalität der Kinder bei uncompensiertem Herzfehler stellt sich nach den Erfahrungen der *Zürcher Klinik* auf 28 $^0/_0$. »

Es folgen noch sehr übersichtliche *Tabellen,* in folgender Anordnung:

I. Fälle mit Exitus letalis.
II. Fälle mit Insufficienz-Erscheinungen.
III. Fälle ohne Insufficienz-Erscheinungen.
IV. Aus der Litteratur gesammelte Todesfälle.

Die *Litteratur-Uebersicht* weist 36 Publikationen auf.

Dr. M. SACHAROFF, Genf:

Anatomisch-klinische Untersuchungen über einen Fall von Elephantiasis der Vulva.

Recherches Anatomo-Cliniques sur un cas d'Eléphantiasis de la Vulve.

Aus der Frauenklinik in Genf: Prof. JENTZER.

(Buchdruckerei Ch. Zœllner, Genf, 1902.)

Welchen Einfluss übt die Schwangerschaft auf die Entwicklung der Elephantiasis der Vulva aus?

SACHAROFF ist in der Lage dieser Frage an der Hand eines in der JENTZER'schen Klinik beobachteten Falles näher zu treten:



Fig. 44.

Frau G. A., 31 Jahre alt, III. para; hereditär nicht belastet. Uterus 3—4 Querfinger breit oberhalb des Nabels; Kopf über Beckeneingang. An den äusseren Geschlechtsorganen fällt ein ziemlich voluminöser Tumor auf, der seinen Ursprung von den oberen zwei Dritteln der kleinen Schamlippen nimmt, gestielt. Die Oberfläche ist uneben, von Furchen durchzogen, die vereinzelte Haare aufweisen. Die Epidermis fehlt da und dort. Patientin datiert die Geschwulst seit der ersten Schwangerschaft:

am Ende dieser soll erstere die Grösse eines Kindskopfes erreicht haben. Nach der Geburt blieb das Volumen das Gleiche, bis im Beginne der zweiten Gravidität wieder Grössenzunahme konstatiert werden konnte, die nach abgelaufener Geburt abermals zum Stillstande kam. Gelegentlich der dritten Schwangerschaft erreichte der Tumor folgende Dimensionen: Länge 20,5 cm., Breite 16,5 cm.

Amputation.

Periphere Abschnitte der amputierten Geschwulst (um das seltene Präparat nicht zu beschädigen) werden mikroskopisch untersucht. Da das histo-pathologische Studium der Elephantiasis den Schwerpunkt der SACHAROFF'schen Arbeit bildet, andererseits gut beschriebene hierhergehörige Fälle selten sind, so soll das *Ergebnis der mikroskopischen Forschung «in extenso»* wiedergegeben werden:

«*Im Mikroskope* konstatiert man sofort, dass die elephantiastische Verdickung nur das Corium betrifft, und dass die Epidermis nicht wesentlich verbreitert ist, indem sie eine Schichte von 0,2—0,8 mm. bildet. Dieser Unterschied in der Höhe stammt von den Unregelmässigkeiten der darunter liegenden Bindegewebsschicht her, d. h. von den Papillen, die breiter als hoch und unter sich sehr ungleich sind. Die Struktur der Epidermis ist normal; man unterscheidet leicht die Hornschicht, die Körnerschicht, die Schleimschicht und zu unterst die Cylinderzellen-Schicht. Die Hornschicht, zum Teil von der Unterlage abgehoben, ist einerseits sehr dünn, andererseits, in der Einbuchtung zwischen zwei Papillen, wesentlich verdickt. Nirgends Epithelperlen. Die Körnerschicht besteht aus cirka 3 Lagen abgeplatteter Zellen, die zahlreiche und sehr feine Keratohyaline-Körnchen enthalten. In der Schleimschicht findet man da und dort gut färbbare Kerne, die an Leucocyten erinnern. Die Cylinderzellenschicht weist Pigmenteinlagerung auf, die schon von blossem Auge an verschiedenen Stellen bezüglich der Koloration variiert.

Weder Talg- noch Schweissdrüsen können aufgefunden werden; ja nicht einmal Haarbälge, obwohl makroskopisch die Anwesenheit von wenigen Haaren konstatiert werden konnte.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, makroskopisch durch Volumszunahme der kleinen Schamlippen bedingt, spielen sich ganz besonders im Corium ab; hier finden sich drei verschiedene pathologisch-anatomische Zustände:

1., eine beträchtliche Hyperplasie des fibrillären Bindegewebes;
2., Dilatation des Lymphgefässsystems und Stase, und
3., kleinzellige Infiltration.

Während diese letztere direkt unter der Epidermis diffus ist, konstatiert man in der Tiefe des Coriums circumscripte Herde, perivasculär gelagert. Die Bindegewebsfibrillen sind zu dünnen Bündeln vereinigt, feine Maschen bildend, die teils mit Bindegewebszellen, teils mit einer transparenten oder feinkörnigen Masse (koagulierte Lymphe) ausgefüllt sind. Die Fibrillen selbst sind hyalin entartet oder leicht körnig. Was besonders auffällt, ist die Tatsache, dass in den Schnitten, die nach VAN GIESEN gefärbt worden sind, die Fibrillen in Gegenwart von Fuchsin ungefärbt bleiben, während die Pikrinsäure sie sehr gut färbt. Was die Bindegewebszellen anbetrifft, so sind sie ziemlich zahlreich vorhanden, gleichmässig im Corium verteilt; bald sind sie spindelförmig, bald, aber seltener, sternförmig. Diese letztere Form findet man ganz besonders da, wo starke Lymphstauung sich vorfindet, d. h. da, wo die Maschen des fibrillären Bindegewebes am breitesten sind. Die in Frage stehenden Zellen besitzen reichlich Protoplasma; der Kern ist oft gebläht, wie œdematisiert.

Die Geschwulst ist gut vascularisiert; die Blutgefässe, wenn auch nicht so zahlreich, wie die Lymphgefässe, in relativ grosser Anzahl. Das Lumen der Arterien und der Venen, ja selbst die Capillaren, offenstehend. Die Arterien haben dünne Wandungen und enthalten, wie die Venen und Capillaren, rote Blutkörperchen. Das Lymphsystem ist sehr entwickelt und es existieren ausser den interfibrillären Lymphspalten noch eigentliche Lymphgefässe, mit dünnen Wandungen, die ein niedriges Epithel tragen. Diese Lymphgefässe, deren Durchschnitt bald charakteristisch sternförmig, bald rundlich ist, schliessen eine fast homogene Substanz (Lymphe) ein, die aber bei stärkerer Vergrösserung sich als feinkörnig erweist.

Was die Lymphgefässe von den Blutgefässen unterscheidet, ist die perivasculäre Infiltration der letztern. »

Dr. E. SCHEIFFELE, Plieningen:

Die Fälle von Lungenembolie an der Frauenklinik der Universität Zürich von 1896—1902.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1902.)

Die Prognose der Lungenembolie hat durch die Publikation MAHLERS[1] eine nicht unwichtige Modifikation erfahren.

[1] MAHLER: Thrombose, Lungenembolie und plötzlicher Tod; Leopold, Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. II. 1895.

Mahler sucht sein Ziel, die Thrombose möglichst frühzeitig zu diagnostizieren, durch eine gewissenhafte Aufzeichnung des Pulses und der Temperatur zu erreichen und glaubt aus einem gewissen Verhalten der Puls- und Temperaturkurve zu einer bestimmten Zeit auf das Vorhandensein von Thrombose schliessen zu können, wo andere Anhaltspunkte noch völlig fehlen.

Auch Wyder[1] ist in einer Arbeit für die Mahler'schen Beobachtungen eingetreten; des weiteren hat Gessner[2] die diesbezüglichen Beobachtungen an der Berliner Universitäts-Frauenklinik von 1886—1896 publiziert.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit, der 10 Fälle zu Grunde liegen, ist der, auf streitige Punkte einzutreten und einen Beitrag zur Prophylaxe der Lungenembolie, resp. der rechtzeitigen Diagnose der Thrombose zu liefern.

Es folgen nun ausführlich die 10 Krankengeschichten, deren jeder eine Temperatur- und Pulskurve beigegeben ist.

Scheiffele resümiert die Resultate seiner Untersuchungen folgendermassen:

«Von den beschriebenen Fällen wurden fünf in der gynäkologischen und fünf in der geburtshilflichen Abteilung beobachtet; unter den ersteren befanden sich drei Prolapsoperationen, eine Totalexstirpation des Uterus wegen Corpuscarcinom und Myomen, eine Probelaparotomie bei Carcinoma ovarii mit multiplen Metastasen; die Uebrigen verteilten sich auf eine Endometritis septica post part., zwei Frühgeburten und zwei normale Geburten. Es endeten sieben Fälle tötlich, drei mit klinischer Heilung.

Das Resultat der Untersuchung der einzelnen Fälle bezüglich der erwähnten (streitigen) Punkte ist folgendes:

In vier Fällen konnte die Thrombose durch das Puls- und Temperaturbild nach der Theorie Mahlers erkannt werden und zwar, bei

Fall II durch Differenz von Temperatur und Pulsfrequenz; Pulssteigerung mit Grösserwerden der Thrombose; bei

Fall V durch den im Verhältnis zur Temperatur kontinuierlich hochbleibenden Puls; bei

[1] Wyder: Ueber Embolie der Lungenarterien in der geburtshilflich-gynækologischen Praxis. Juni 1895.

[2] Gessner: Ueber tötliche Lungenembolie bei gynækologischen Erkrankungen. Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynækologie zu Berlin am 22. Mai 1896.



Fall VI durch Fieber ohne auffindbare Ursache (entzündliche Thrombose); bei

Fall VII durch die typische Thrombosenkurve.

In fünf weiteren Fällen war aus dem Puls- und Temperaturbild auf eine Thrombose nicht zu schliessen; darunter befand sich ein Fall, in welchem trotz deutlichster klinischer Zeichen einer sich bildenden Thrombose keine Pulssteigerung zu konstatieren war, obgleich das Bild durch keinerlei entzündliche Erscheinungen getrübt wurde; in einem zweiten Fall ist ein Pulsphänomen konstatiert worden.

Ein Fall wurde als Thrombose der Lungenarterie diagnostiziert und zählt deshalb nicht mit.

Daraus ergiebt sich, dass, da das Puls- und Temperaturbild als Zeichen einer verborgenen Thrombose nur dreimal, die typische Thrombosenkurve jedoch nur einmal vorhanden war, das Puls- und Temperaturbild als ein durchaus zuverlässiges Zeichen nicht angesehen werden kann.

Was die *Aetiologie der Thrombosen* anbelangt, so ist bei den sieben zur Sektion gelangten Fällen nur einmal das Herz normal gefunden worden; in den sechs übrigen Fällen wurden pathologische Veränderungen an demselben festgestellt und zwar Myodegeneratio cordis; in vier davon gleichzeitig Klappenveränderungen.

Weitere ätiologische Momente verteilten sich auf die besprochenen Fälle folgendermassen:

	Fall I	†	Degenerat. cordis, Ausfluss, Arteriosklerose.
	Fall II	†	Degenerat. cordis, Ausfluss, Arteriosklerose. Klappenveränderungen, Adipositas.
	Fall III	†	Degenerat. cordis, Ausfluss, Blutungen, Klappenveränderungen, Krebscachexie.
klin. Heilung	Fall IV		Ausfluss, Adipositas.
	Fall V	†	Degenerat. cordis, Klappenveränd., Krebscachexie, Varicen, mechan. Einfluss durch Tumoren.
	Fall VI	†	Degenerat. cordis, Entzündung im kl. Becken (Endometritis).
klin. Heilung	Fall VII		Blutungen vor der Geburt.
klin. Heilung	Fall VIII		Systol. Geräusch über der Mitralis; starke Oedeme während der Schwangerschaft.
	Fall IX	†	Schwangerschaft.
	Fall X	†	Degeneratio cordis; herabgekommener Ernährungszust., Varicen.

Es lässt sich hieraus ersehen, dass in diesen Fällen die Herzdegeneration den ersten Platz einnimmt in der Reihe der, die Thrombose herbeiführenden Ursachen. Interessant ist der Fall IX, weil bei demselben ausser der Schwangerschaft überhaupt keine Ursache gefunden wurde. Dass in einigen der gynäkologischen Fälle die Chloroformnarkose unter diesen Umständen von Bedeutung war, soll nicht ausser Acht gelassen werden. Da von allen Fällen nur vier die Thrombose aus dem Pulsbild erkennen lassen, ergiebt sich von selbst, dass nur in diesen die Pulsfrequenz proportional der Grösse des durch den Thrombus eingeschaltenen Widerstandes war und deshalb für die übrigen Fälle, bei welchen z. T. die Pulssteigerung ganz und gar fehlt, die Frage sich aufwirft, ob der Widerstand in den Gefässen in diesen Fällen immer durch Collateralkreislauf sich ausgeglichen hat, oder ob in den vier typischen Fällen noch andere Faktoren bei der Pulssteigerung tätig waren.

Weil nun die Erkennung der Thrombose und damit die Prophylaxe der Lungenembolie immer noch, wie aus der Arbeit hervorgeht, auf einer unsicheren Basis beruht, glaube ich zum Schluss an die Mahnung Wyders erinnern zu dürfen, gynækologische Operationen nur bei strikter Indikation, d. h. nur dann vorzunehmen, wenn andere Behandlungsmethoden nicht zum Ziele führen.»

Dr. Ch. Scherf, Avenches[1]:

Ueber Hernien nach Laparotomie.

Aus der Frauenklinik in Bern.

(Buchdruckerei Delachaux & Niestlé, Neuenburg, 1902.)

Scherf hat aus den 10 letzten Jahren 16 Krankengeschichten von Patientinnen aufgefunden, die nach Laparotomie eine Bauchhernie aufwiesen. Ob noch bei anderen, an der Berner Klinik operierten Frauen nachträglich ein Bruch sich entwickelte, ist ungewiss.

Aus dem untersuchten Material geht hervor, dass die meisten Bauchhernien noch in der Zeit entstanden sind, als man den Schnitt in der Linea alba machte. Es sind nicht weniger als 12 Fälle. Bei einem Falle

[1] Siehe *Gynæcologia Helvetica* I. pag. 113; Prof. P. Müller: « Die nach gynækologischen Operationen entstandenen Bauchbrüche ».



zeigte es sich, dass die Silberdrähte nachteilig wirkten, wegen ihrer Unresorbierbarkeit, insofern sie noch nach Monaten und Jahren aus der Wunde ohne Eiterung ausgestossen wurden.

Eine Hernie ist in 6 Fällen entstanden nach Stielbehandlung in der Bauchwunde, in 4 Fällen nach Entstehung eines Hæmatoms. Man machte des weiteren die Beobachtung, dass die Art des Verschlusses der Wunde eine grosse Rolle spielt; bei zweien der Fälle, bei denen keine Etagennaht angelegt wurde, muss die Hernie auf starkes Erbrechen zurückgeführt werden; einmal entstand der Bauchbruch nach Wundeiterung.

Um eine *radikale Heilung* herbeizuführen, muss frühzeitig operiert werden. Man sollte deswegen nach jeder Laparotomie einige Monate später die Patientinnen zur Untersuchung bestellen.

Die an der *Berner* Klinik angewandte *Methode bei radikaler Heilung* ist folgende:

Gänzliche Excision des Bruchsackes, wobei die sehr häufig verwachsenen Gedärme berücksichtigt werden müssen. Alle Schichten der Bauchwand müssen zur Deckung des Defektes herangezogen werden. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass nicht bloss das Peritoneum und die Fascien vereinigt werden, sondern auch die Recti Abdominis müssen herauspräpariert, einander wieder genähert und mit einander vereinigt werden; durch dieses Vorgehen erzielt man eine sehr dicke und feste Narbe. Bei sehr grossen Defekten wird auch von Entspannungsnähten Gebrauch gemacht.

Dr W. Schönenberger, St. Gallen:

Ueber Osteomalacie mit multiplen Riesenzell-Sarcomen und multiplen Fracturen.

(Virchow's Archiv. 165. Band. Druck von Georg Reimer, Berlin.)

Wenn die Krankheitsformen der Osteomalacie an und für sich schon nicht gerade zu den alltäglichen Erscheinungen gehören, so sind ihre Combinationen, mit weiteren, dem gleichen System entspringenden pathologischen Formen, ganz besonders bemerkenswert.

Ein hiehergehöriger Fall kam auf der chirurgischen Abteilung des Kantons-Spitals St. Gallen zur Beobachtung:

33-jährige Patientin, Mutter von drei gesunden Knaben. Während der dritten Gravidität im Jahre 1893 klagte Patientin besonders über Schmerzen im Rücken und

in den Beinen, Schmerzen, die « post partum » zunahmen. Vom Dezember 1893 bis Mai 1894 wurde Patientin im Spital an chronischem Gelenkrheumatismus behandelt. Ordentliche Besserung. Im Jahre 1895 führten in allen Gliedern zerstreute Schmerzen die Patientin wieder für ein Vierteljahr in Spital-Behandlung. Im Frühling 1897 genoss Patientin wegen ihrer Gelenkschmerzen im Elsass für 5—6 Wochen Spitalpflege und nachdem sie den ganzen Sommer über krank zu Hause zu Bett gelegen hatte, kam sie im Herbst auf die chirurgische Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen, wo sie bis zu ihrem ein Jahr später erfolgenden Tode verblieb.

Nach vorgängigen Schmerzen traten Verdickungen an den obern Extremitäten auf.

Gleich beim Eintritt in das Spital war gemäss den klinischen Symptomen die Diagnose auf Osteomalacie gestellt und später, beim Hinzukommen der Tumoren, auf multiple Osteosarcome erweitert worden. Unter den Erscheinungen von Marasmus: Exitus.

Die Section wurde von Dr Hanau am Tage des Exitus ausgeführt.

Die Ergebnisse der makroskopischen Betrachtung der Knochen sind in Kürze folgende:

1. *Bedeutende Consistenz-Verminderung* sämtlicher *Knochen*, bis zur Messer-Schneidbarkeit einzelner Skeletteile und Zerdrückbarkeit der Spongiosa mit dem Finger.
2. *Spongiosirte und rareficirte Rinden-Substanz* sämtlicher Knochen.
3. *Gelbes und graurotes, pulpöses Knochenmark.*
4. *Biconcave,* an Fischwirbel erinnernde *Wirbelkörper.*
5. *Becken-Veränderungen:* Schiefe Kartenherz-Form mit schnabelförmiger Symphyse. Proeminenz der linken Spina ant. super.
6. *Multiple Fracturen* und Infractionen.
7. *Graurotes bis bräunliches Tumorgewebe,* z. T. die Markhöhle ausfüllend, hauptsächlich in der Rinde gelegen.

Gestützt auf das Ergebniss einer äusserst gewissenhaften und eingehenden *mikroskopischen Untersuchung der Skeletteile,* stellt Schönenberger einerseits die über das ganze Skelet verbreitete, diffuse osteomalacische Umbildung des Knochen-Apparates in den Vordergrund, mit der zusammen sich die von v. Recklinghausen als *Ostitis fibrosa* bezeichneten Mark-Veränderungen vorfinden, neben einer, an einzelnen Stellen bis aufs Aeusserste gehenden Rareficirung und Spongiosirung des Knochengewebes, andererseits die multiplen, immer mitten in fibröses Mark eingebetteten polymorphzelligen Riesenzell-Sarcome.

Schönenberger kommt im weiteren Verlaufe seiner interessanten Arbeit auf die *genetischen Beziehungen der Osteomalacie, der multiplen Sarcome und der Fracturen* zu sprechen und fasst *zum Schlusse das Resultat seiner Untersuchungen* noch einmal zusammen:

« Es handelt sich hier um eine allgemeine Osteomalacie des gesamten Skelets mit sehr zahlreichen Fracturen, deren grosse Multiplicität mög-

licher Weise ihren Grund hat in der noch grösseren Resistenzverminderung des Skelets durch das Auftreten von zahlreichen Geschwülsten, welche sämmtlich übereinstimmend den Bau von polymorph-zelligen Riesenzellen-Sarcomen haben, für deren Topographie aber ein gemeinsames ursächliches Moment mit Sicherheit nicht zu erkennen, höchstens in den (oben erörterten) Circulations-Verhältnissen zu vermuten ist.

Da dieser Symptomen-Complex sich pathologisch-anatomisch ganz scharf umschreiben und charakterisieren, in keines der bekannten Krankheitsbilder sich aber einreihen lässt, in der Litteratur wir einen völlig identischen Fall dagegen bereits verzeichnet finden, so glauben wir uns berechtigt, den vorliegenden Befund *zu einem besonderen Krankheitsbild* zusammenzufassen als

«*Osteomalacie mit multiplen Fracturen und multiplen Riesenzellen-Sarcomen*».

Dr. E. Schüle, Lichtensteig:

Beitrag zur Perityphlitis im Kindesalter.

Mitteilungen aus dem Kinderspital Zürich: Dr. v. Muralt.

(Buchdruckerei Juchli & Beck, Zürich, 1902.)

Die Arbeit basiert auf 72 Fällen von Perityphlitis; davon wurden 41 im Kinderspital beobachtet; die übrigen 31 Fälle stammen aus der Privatpraxis von Dr. von Muralt. Seit 1874 konstatiert man eine Tendenz zur Steigerung (der Kurve), besonders in den letzten Jahren.

Vor Analysierung der einzelnen Fälle macht Schüle einige kurze Angaben über den *Proc. vermiformis beim Kind.* Dieser differiert nur wenig von dem des Erwachsenen, dagegen weist er beim Kinde einen ungeheuren Reichtum an Lymphfollikeln auf; in seinen Dimensionen ist er ferner viel länger und weiter. Infolge des Follikelreichtums beteiligt sich der Proc. vermiform. an allen Erkrankungen des Magendarmtractus und die auftretende Perityphlitis hat meist einen viel acuteren und schwereren Charakter, als bei Erwachsenen. Nicht ohne Bedeutung ist ferner nach Selter, dass, je jünger das Kind, um so tiefer im Allgemeinen Cœcum und Wurmfortsatz liegen. Der Proc. vermiformis zieht sich vom Cœcum in der Norm über den Psoasrand in's kleine Becken und zwar läuft er umsomehr nach abwärts, je fœtaler die Verhältnisse sind. Die

Lage des Wurmfortsatzes ist sehr wichtig für die Lokalisation der Abscesse im Verlaufe der Perityphlitis im Kindesalter.

Aetiologie der Perityphlitis. Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes (männliches Geschlecht 54,2 %, weibliches 45,8 %). Der Wurmfortsatz neigt schon im frühesten Kindesalter zur Entzündung; weiter kommen Diätfehler in Betracht. Aetiologischen Wert haben ferner *Erkältungen.* Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen die *Kotsteine.* Unter 53 Fällen wurden teils bei der Operation, teils bei der Section 27 mal solche gefunden, also in 47,2 %. Ob diese Kotsteine aber ätiologisch wirklich von Bedeutung sind, darüber ist man noch nicht ganz einig. Nach Sonnenburg entwickeln sie sich auf dem Boden einer Appendicitis und treten dann sofort in den Vordergrund der Erscheinungen.

Sicherlich besteht für die Perityphlitis eine *familiäre Disposition* zu Recht: ausserordentliche Länge des Wurmfortsatzes und Muskelschwäche und daherige Unmöglichkeit sich zu entleeren; dann wieder ein sehr kurzes Mesenteriolum und damit in Zusammenhang häufige Knickungen des Proc. vermiform. in seinem Verlauf.

Es kämen für die Entstehung der Perityphlitis drei Theorien zur Geltung:

1. *Die mechanische Theorie* (Abknickung des Proc. vermif. etc.).
2. *Die Theorie der Kotsteinbildung* (Kotsteine entstehen im Proc. vermif. selbst).
3. *Die katarrhalische Theorie.*

Was endlich die *Entstehung der Recidive* anbetrifft, so ist nach Roux deren Ursache zu suchen in den verborgenen und zurückgebliebenen Mikroorganismen, den Strikturen, den Narben, den Verwachsungen des Proc. vermiform. etc.

Pathologische Anatomie der Perityphlitis. Schüle acceptiert die von Sonnenburg aufgestellte Einteilung: *Appendicitis simplex — perforativa* und *gangrænosa.*

Die *Appendicitis simplex* ist 28-mal, die *Appendicitis perforativa* 32-mal und die *Appendicitis gangrænosa* 12-mal vertreten.

Symptome, Diagnose und Prognose der Perityphlitis. Die *Appendicitis simplex* stellt, dank der verhältnismässig geringen anatomischen Veränderungen, von allen drei Formen, die beste Prognose. Alle 28 Fälle konnten mit ihrem Leben gerettet werden.

Die *Appendicitis perforativa* stellt im Vergleich zur Appendicitis simplex in ihrem Verlaufe eine viel gefährlichere Affektion dar. Von den 32 Fällen gingen 21 in Heilung über, was 65,6 % ausmacht oder

aber eine Mortalität von 24,4 % entspricht. *Die Symptome* sind die gleichen, wie bei der Appendicitis simplex: heftige, kolikartige Schmerzen im ganzen Bauch, nachher sich auf die Ileocœcalgegend concentrierend. Erbrechen, Diarrhœ oder Obstipation etc.

3. *Die Appendicitis gangrænosa* gibt die schlechteste *Prognose* von allen drei Formen, da sehr häufig durch ihren enorm foudroyanten Verlauf eine allgemeine Peritonitis nicht mehr verhütet werden kann. Von 12 Patienten konnten nur 2 gerettet werden, also 16,6 %, was umgekehrt einer Mortalität von 83,4 % entsprechen würde.

Therapie: I. Wenn möglich, soll versucht werden, durch *rein interne Behandlung* den Patienten durch den Anfall hindurchzubringen; am ersten Tage absolutes Nahrungsverbot, Auflegen von Eisblasen. Eventuell Morphium am zweiten Tage, event. theelöffelweise $^1/_2$—$^1/_4$ stündlich Eismilch. Keine Abführmittel. Bessert sich der Zustand, wird die Resistenz in der Ileocœcalgegend weicher, so darf die Eisblase mit hydropathischen Compressen vertauscht werden. Die Resection des Wurmfortsatzes im freien Intervall wird dem Patienten aufs Wärmste empfohlen.

II. Die Operation im Anfall soll vermieden werden.

III. Ist eine allgemeine Peritonitis zum Ausdruck gekommen, so soll operativ eingeschritten werden.

Schüle belegt seine Ausführungen durch 73 ausführliche Krankengeschichten, die nach oben angeführtem Teilungsprinzip geordnet, zum Schlusse noch übersichtlich in Tabellenform aufgeführt werden.

Dr V. de Senarclens, Versoix[1]:

Beitrag zum Studium des malignen Epithelioms des Chorion und seiner Beziehungen zur Blasenmole.

Contribution à l'étude de l'Epithéliome malin du Chorion et de ses rapports avec la Môle hydatique.

Service annexe de Gynécologie et Institut pathologique de Lausanne.

(Buchdruckerei Constant Pache-Varidel, Lausanne, 1902.)

de Senarclens gibt zuerst einen kurzen Ueberblick über die uns interessierende Frage und kommt dann auf zwei eigene, mikroskopisch sehr genau untersuchte Fälle (Prof. Stilling) zu sprechen.

[1] *Anmerkung*. Siehe *Gynæcologia Helvetica II*, pag. 27, Dr P. Gottschall: Ein Fall destruirender Blasenmole mit Uebergang in Syncytioma malignum und idem, pag. 47: Dr P. Kworstansky: Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole.

Der erste Fall ist ein sehr typisches *Beispiel von malignem Epitheliom*: Die Patientin hat eine Blasenmole zu Tage gefördert; zehn Monate später setzen starke Metrorrhagien ein; die Curettage befördert weiches, leicht zerreissliches Gewebe zu Tage, dessen mikroskopische Untersuchung auf einen malignen Tumor von unbestimmbarer Natur schliessen lässt. Vaginale Hysterectomie; trotzdem man sehr frühzeitig operierte, geht Patientin einige Monate später zu Grunde. Becken- und Lungenmetastasen durch Venen-Embolie.

Der zweite Fall betrifft eine 38-jährige Frau, einmal geboren. Im November 1901 Kopfschmerzen, Schmerzen «in abdomine»; per vaginam geht etwas sero-sanguinolente Flüssigkeit ab. Im Januar 1902 beginnt das Abdomen anzuschwellen und konstatiert der Hausarzt einen voluminösen Tumor; am 3. März Eintritt auf die Roux'sche Klinik. Die Geschwulst füllt das kleine Becken aus. *Operation* am 7. März. Am 9. März *Exitus*: Herzschwäche.

de Senarclens kommt dann auf eine sehr aktuelle Frage zu sprechen, auf die Frage der *Malignität der Blasenmole*, deren Studium den Verfasser zu folgenden *Schlusssätzen* leitet:

1. *Jede Blasenmole soll mikroskopisch untersucht werden, um das bis jetzt noch nicht entdeckte Charakteristicum der Malignität kennen zu lernen.*

2. *Wenn es richtig ist, dass die Hälfte der malignen Epitheliome des Chorion nach Blasenmolen auftreten, dann muss die Anzahl der in maligne Degeneration übergehenden Molen kleiner sein, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt.*

3. *Die Zahl dieser letztern genügt nicht, um eine præventive Hysterectomie zu rechtfertigen. Man soll sich damit begnügen, Frauen, die eine Blasenmole zu Tage gefördert, aufmerksam zu überwachen.*

4. *Eine Blasenmole nach dem fünften Schwangerschaftsmonate ist nicht als gefährlicher anzusehen, als eine solche vor diesem Termin auftretende.* »

Dr. P. Serguiewsky, Saratow, Russland:

Beitrag zum Studium der geographischen Verbreitung der Harnsteine.
Etude sur la distribution géographique de la Lithiase urinaire.

Extrait des Annales des Maladies des Organes génito-urinaires.
(Typographie Philippe Renouard, Paris, 1902.)

Die Serguiewsky'sche Publikation zerfällt in *zwei Teile*: im ersten wird die geographische Verbreitung der Harnsteine besprochen und zu-

gleich die vorliegende Statistik in den Kreis der Betrachtung gezogen. im zweiten werden die verschiedenen Theorien analysiert, die aufgestellt worden waren, um die Ungleichheit der geographischen Verbreitung der Harnsteine zu erklären.

Es wird die geographische Verbreitung in *Asien, Afrika, Amerika, Oceanien* und *Europa* studiert, hier ganz besonders *Russland* und die *Schweiz*.

Die 128 Seiten starke Abhandlung schliesst mit folgenden Sätzen ab:

« 1. Die statistischen Angaben sind nicht zahlreich und genau genug, um exakt die Verbreitung der Harnsteine in den verschiedenen Ländern angeben zu können.

2. Man kann aber immerhin die Thatsache konstatiren, dass die Harnsteine auf der Erdoberfläche sehr ungleichmässig verteilt sind; sie treten manchmal endemisch auf.

3. Keine der aufgestellten Theorien erklärt genügend die Ungleichheit der geographischen Verbreitung; auch hat man betreffs der Endemien keine Ursache auffinden können, mit Ausnahme von Aegypten. (Nilwasser und Eier von *Bilharzia hæmatobia.)*

4. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Race spielt eine grosse Rolle. (Race im weitesten Sinne des Wortes, nicht in streng anthropologischer Auffassung.)

5. Die sozialen Lebensbedingungen spielen beim Auftreten der Harnsteine im Kindesalter eine hervorragende Rolle.

6. Das Studium der geographischen Verbreitung gibt uns keinen Anhaltspunkt bezüglich der spezifischen Krankheitsursache,

7. Die klinische Erfahrung und die experimentelle Pathologie allein können uns die Pfade weisen, auf welchen wir zur Aetiologie und Pathogenie der Harnsteine gelangen. »

D[r] G. Siracoff, Lausanne:

Die Neuralgia brachialis der Menopause.
Brachialgie de la Ménopause.

Policlinique de Lausanne: Prof. Demiéville.

(Imprimerie G. Vaney-Burnier, Lausanne, 1902.)

Die *Brachialgie der Menopause* entgeht oft der eingehenden Untersuchung des Arztes; es werden hauptsächlich solche Frauen davon er-

griffen, die schwere Arbeiten zu verrichten haben. Die Litteratur ist sehr arm an einschlägigen Notizen; trotzdem hat Prof. Demiéville Gelegenheit gehabt, eine ziemlich grosse Anzahl hiehergehöriger Fälle in der *Lausanner Poliklinik* zu beobachten.

Siracoff gibt zuerst eine *historische Einleitung*, die « Neuralgien » betreffend; dann folgt die *Definition der Brachialgie*, die *Anatomie des plexus brachialis*, die *Casuistik* (umfassend 14 Fälle der Poliklinik, eine eigene Beobachtung und vier fremde Fälle), die *Symptomatologie*, die *Diagnose*, die *Aetiologie*, die *Prognose* und *Therapie*. .

Zum Schlusse werden folgende Sätze aufgestellt:

« *Die Brachialgie* des kritischen Alters ist eine selbstständige, wohl charakterisierte Krankheit, ziemlich leicht zu erkennen, wenn man das Geschlecht und das Alter der Kranken in Betracht zieht. Die Differenzialdiagnose zwischen rheumatismalen Schmerzen etc. ist nicht schwierig.

Das *pathognomonische Zeichen* besteht:

1. In Schmerzen, mit typischem, periodischem Einsetzen, namentlich während der Nacht und Verschwinden am Morgen; immerhin können diese Schmerzen auch gelegentlich während des Tages einsetzen, besonders wenn die Arme schwere Arbeit geleistet haben; die Schmerzen werden von häufigen Paræsthesien begleitet.

2. Die in Frage stehende Affektion ist viel häufiger, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt, und jeder Arzt kann mit ihr Bekanntschaft machen.

3. Diejenigen Frauen sind der Brachialgie am meisten ausgesetzt, die vermittelst der Arme schwere Arbeiten zu verrichten haben.

4. Die schmerzhaften Empfindungen stellen sich unter dem Bilde von Krisen ein, und nehmen ihre Entstehung in den sensiblen Nervenbahnen, sich diffus ausbreitend, so dass kein spezieller Nerv verantwortlich gemacht werden könnte; immerhin kann man durch Druck auf bestimmte Nerven manchmal, besonders zur Zeit der Krise, den Missetäter erkennen.

5. Die Krankheit ist chronisch.

6. Die Herkunft der Brachialgie ist auf einen neuropathischen Zustand zurückzuführen; auch spielt die Heredität eine Rolle.

7. Weder trophische, noch vasomotorische Erscheinungen, noch Lähmungen treten in's Scene.

8. Die Prognose ist nicht schlecht.

9. Die Behandlung soll das Augenmerk auf den Allgemein-Zustand der Kranken richten; ganz besonders kommen die Brompräparate in Betracht und erst zweiter Linie die antineuralgischen Mittel. »



Dr F. A. SUTER, Suhr, Ct. Aargau:

Beitrag zur Statistik des Mastdarmcarcinoms und Uebersicht über die hauptsächlichsten Operationsmethoden.

(Druck von Hans Fischer, Zürich-Oberstrass.)

Das Material zu der vorliegenden Publikation stammt aus der *Basler-Universitätsklinik* und der *Privat-Klinik* von Prof. A. SOCIN und Prof. E. BURCKHARDT.

Der erste Teil enthält, sehr übersichtlich zusammengestellt, *die Methoden der Operation des Carcinoma recti* (55 Seiten stark).

Der zweite Teil bringt die *Beobachtungen über Carcinoma recti:*

1. *Häufigkeit:* In einem Zeitraume von 20 Jahren (1878—1898) kamen 84 Fälle von Mastdarmcarcinom zur Behandlung.

2. *Aetiologie:* An *Hämorrhoiden* waren früher 8 Patienten = ca. 9,5 % behandelt worden; des weiteren findet man unter den 84 Patienten 12 = 14,2 %, bei denen mehr oder weniger sicher Carcinom in der nächsten Verwandtschaft vorkam: *Carcinomheredität.* Zwei- oder dreimal wurde schon längere Zeit vor dem Auftreten des Krebses ein *Mastdarmvorfall* konstatiert. Bei einem Patienten wurde 6 Jahre früher ein *Papilloma recti* exstirpirt.

3. *Ernährungszustand:* sechsmal ganz gut aussehende oder sehr kräftige Individuen; 23-mal mittlerer, befriedigender oder guter Zustand; 47-mal mehr oder weniger starke Abmagerung, mit und ohne Kachexie.

4. *Sitz und Gestalt des Tumors:* Am After oder unmittelbar über demselben beginnend . . . . in 24 Fällen;
untere Grenze 1—5 cm. über dem Anus in 37 Fällen;
untere Grenze über 5 cm. über Anus in 17 Fällen;
untere Grenze über 10 cm. über Anus in 5 Fällen;
untere Grenze nicht zu erreichen . . in 1 Fall.

Die Carcinome präsentierten sich als vollständig circulär (25), als « eine Wand frei » (5), als halbcirculär (28), als ganz bis halbcirculär (58), als « nur an einer Wand (15) und als mutipel (7).

5. *Stenose:* In 29 Fällen; vollständige Verlegung des Darmlumens, mit Stuhlverhaltung und mehr oder weniger ausgesprochenen Ileuserscheinungen in 7 Fällen.

6. *Verwachsungen:* in 23 Fällen.

7. *Consistenz:* meist derb und hart, nur in einigen wenigen Fällen eich. In einer grossen Anzahl war die Oberfläche geschwürig, beinahe ie glatt, sondern höckerig oder blumenkohlartig zerklüftet, mit auf- ›worfenen, gewulsteten Rändern.

8. *Anatomische Diagnose:* in 64 radical Operirten 44-mal angegeben; ›-mal handelte es sich um *Carc. cylindrocellulare;* dreimal um *Platten- rebse* und einmal um eine *Mischform von Platten- mit Cylinderzellen- rebs;* einmal soll ein *Rundzellensarcom* (?) diagnosticiert worden sein. in Mal ist von einem *Adenoma destruens,* ein Mal von einem *alveolären ırcinom* und endlich ein Mal von einem *Carc. scirrhos.* die Rede.

9. *Behandlung*: Radical operiert . . . . 64 = 76,2 %.
Palliatif operiert (Anus præpernat.) 6 = 7,1 %.

Nichtoperiert	inoperabel	7	18,6 %.
	Operation verweigert	3 =	
	gest. vor der Operation	4	

10. *Peritoneum*: wurde in 18 Fällen eröffnet; der Peritonealwunde urde alle Aufmerksamkeit geschenkt und dieselbe sofort austamponirt; ›n den 18 Patienten mit lædiertem Peritoneum starben 5 an Peritonitis.

11. *Recidivoperationen:* Bei 11 Patienten wurden Recidive operirt in nem Zeitraume von 2—15 Monaten; es handelte sich dabei nur um:

12. *Palliativoperationen:* Anus præternaturalis; partielle Exstirpation, uskratzung oder Cauterisation mit dem Thermocauter.

13. *Voroperationen:* Anlegung eines Anus præternaturalis.

14. *Nachoperationen:* Versuch eines Schlusses des vorhandenen Anus cralis; Colpoperineoplastik, Anus sacralis mit Torsion des Rectums.

15. *Wundbehandlung:* Die Hautwunden wurden meistens nur teilweise schlossen, die Hautnähte schnitten sehr oft ganz durch. T-Verbände. ı den meisten Fällen war der Heilungsverlauf afebril. Die Zeit des sten Aufstehens « post operationem » wechselt von 8 Tagen bis zu Monaten.

16. *Heilungsverlauf:* Von 64 Radicaloperirten sind 52 wieder aus- ›treten; davon ohne Recidiv 42; 39 geheilt oder in Heilung; 3 traten ›rzeitig aus. 10 Operierte waren ungeheilt mit sicherem oder suspectem ecidiv.

Ein Vergleich der Heilerfolge mit denjenigen anderer Kliniken ist eshalb schwer, weil die verschiedenen Autoren die Erfolge in verschied- ner Weise beurteilen und namentlich von verschiedenen Gesichts- unkten aus betrachten.

CZERNY berichtet über dauernde Heilungen von

	6, 8, 11, 13	Jahren.
ARND-KOCHER	von 7, 8, 10, 13, 16	Jahren.
KRASKE	von 4, 8, 9, 12 $^{3}/_{4}$	Jahren.
HOCHENEGG	von 4—10, 11	Jahren.
KRÖNLEIN[1]	von 3 $^{1}/_{2}$ — 12 $^{3}/_{4}$	Jahren.
BERGMANN	von 6—12	Jahren.

Als «*dauernd geheilt*» bezeichnet SUTER diejenigen Patienten, die entweder an intercurrenten Krankheiten gestorben sind und diejenigen, die zur Zeit der Abfassung der vorliegenden Statistik noch am Leben waren, darnach wären «*dauernd geheilt*» 13 von 64 radical Operirten = *20,3* %.

BERGMANN, KRÖNLEIN und KÜSTER bezeichnen aber als «*dauernd geheilt*» nur diejenigen Patienten, die die Operation wenigstens 3 Jahre ohne Recidiv überlebten, oder die mindestens 3 Jahre lang ohne Recidiv leben.

Berechnet man die «*Dauer-Heilungen*» der Basler-Fälle in diesem Sinne, so würden sich nur *12,5* % ergeben.

Der dritte Teil befasst sich mit der *tabellarischen Zusammenstellung* der zur Besprechung verwendeten Beobachtungen.

Am *Schlusse* werden im *Litteratur-Verzeichniss* 78 einschlagende Arbeiten aufgeführt.

Dr. H. SUTTER, Schiers, Ct. Graubünden:

Beitrag zur Kenntniss der Metastasen des primären Nierenkrebses.

Aus der chirurgischen Abteilung von Dr. F. DE QUERVAIN in La Chaux-de-Fonds.

(Virchow's Archiv Bd. CLXVIII. Druck von Georg Reimer, Berlin, 1902.)

Der in der chirurgischen Abteilung von Herrn Dr. DE QUERVAIN zur Operation und Untersuchung gekommene Fall von primärem Nieren-Carcinom ist in dreifacher Hinsicht *bemerkenswert:*

[1] Siehe Gynæcologia Helvetica I, pag. 93: Dr ZIMMERMANN: Ueber Operation und Erfolge der Dickdarm-Resektion wegen Carcinom. Des weitern: Gynæcologia Helvetica II, pag. 43: Prof. KRÖNLEIN: Ueber die Resultate der Operation des Mastdarm-Carcinoms.

Erstens durch die Art der Metastasen-Bildung: Den rückläufigen Venen-Transport.

Zweitens durch den Ort der Entwicklung des Krebses: Im Venensystem.

Drittens durch die teils adenomatöse, teils papillomatöse Form der Metastasen, des an sich kaum mehr adenomatösen Charakter zeigenden Primärtumors.

Diagnose: Inoperabler Nierenkrebs. 4. April 1896. *Exitus* 22. Mai 1896.

Anatomische Diagnose: Carcinom der linken Niere. Metastasen im Nierenbecken etc.

Folgt eine sehr eingehende *histologische Untersuchung;* an Hand dieser wird des Näheren auf die oben angegebenen Besonderheiten des vorliegenden Falles eingegangen.

Sutter fasst die *Ergebnisse* der gewissenhaften *Untersuchung* in folgenden Sätzen zusammen:

« 1. Metastasen von bösartigen Nieren-Geschwülsten im übrigen Urogenital-Apparat lassen sich am einfachsten durch den retrograden Venentransport in der Vena spermatica interna erklären.

2. Es liegt nahe, anzunehmen, dass derselbe Weg gelegentlich auch vom Tuberkel-Bacillus benutzt wird.

3. Die vorliegende Beobachtung bestätigt die besonders von Goldmann neu untersuchte, wichtige Rolle des Venen-Systems für die Ausbreitung von Geschwulstpartikeln.

4. Es wäre bei der durch Goldmann nachgewiesenen Häufigkeit der Beteiligung des Venen-Systems nicht zweckmässig, alle diese Fälle als sogenannte « Venen-Krebse » zu bezeichnen. Will man diesen Begriff der Pathologie früherer Zeit noch aufrecht erhalten, so muss man ihn für die Fälle reserviren, in denen die Venen nicht ausschliesslich den *Transportweg*, sondern auch entfernt von der Geschwulst den *Sitz* der Metastasen-Bildung darstellen.

5. Bei den Untersuchungen über die führende Rolle des Epithels, bezw. des Bindegewebes bei der Papillom-Bildung, ist es unerlässlich, in jedem einzelnen Falle nicht nur die anatomischen, sondern auch die biologischen Eigenschaften der Zellen zu berücksichtigen, d. h. gute und bösartige Geschwülste auseinander zu halten. Die führende Rolle kommt jeweilen denjenigen Zellen zu, welche die grösste Wachstums-Energie besitzen. Bei mit Krebs zusammenhängenden papillären Geschwülsten sind dies die Epithelzellen. Je mehr dieselben noch von ihren ange-

stammten Eigenschaften behalten haben, um so mehr wird ihr formativer Einfluss auf das übrige Gewebe gegenüber den destruktiven Eigenschaften zur Geltung kommen. Der Umstand, dass bei den bösartigen Papillomen dem Epithel die führende Rolle zukommt, gestattet uns aber nicht, ohne Weiteres auf das Verhalten bei rein gutartigen Papillomen zu schliessen. »

In der *Litteratur* werden 81 Arbeiten angeführt.

10 ausserordentlich gelungene *Mikrophotogramme* erläutern besser, als jeder Text, die obwaltenden histo-pathologischen Verhältnisse.

Dr. S. Teumin, Romny, Russland:

Topographisch-anthropometrische Untersuchungen über die Proportionsverhältnisse des weiblichen Körpers.

Aus dem anthropologischen Laboratorium der Universität Zürich.

(Druck von F. Vieweg & Sohn, Braunschweig.)

Teumin hatte im Jahre 1899 die Gelegenheit, im anthropologischen Institut an lebenden Frauen Messungen vorzunehmen, welche den Zweck verfolgten, die äussere Topographie des weiblichen Körpers kennen zu lernen. Als Material zu diesen Untersuchungen dienten 100 an der Universität Zürich studierende Damen:

47 Jüdinnen (31 kleinrussische, 16 polnische Jüdinnen, 32 Russinnen (4 kleinrussische, 20 grossrussische Russinnen), 14 Polinnen, 3 Lithauerinnen, 3 Deutsche, 1 Armenierin.

Die kleinrussischen Jüdinnen dürfen wir als einer durchaus reinen Rasse angehörend, betrachten; dagegen kann für die Polinnen jüdischer Confession der Nachweis der Reinerhaltung der Rasse nicht geliefert werden.

Die Messungen wurden am lebenden Menschen meist durch ein dünnes Unterkleid vorgenommen, wobei 47 Punkte festzustellen waren; als Messinstrument diente das Anthropometer und der Tasterzirkel nach Prof. Martin.

Die *wichtigsten Resultate* der *Teumin'schen Untersuchungen* sind folgende:

1. Die mittlere Körpergrösse aller gemessenen Individuen beträgt 157 cm.

2. Die vorherrschende Kopfform ist die brachycephale; sie findet sich 62 % aller Fälle.

3. Das Akromion und die Incisura semilunaris sterni liegen im ehen und im Sitzen gleich tief unter der Vertebra proeminens und mmen in Folge dessen in *eine* Horizontalebene zu liegen.

4. Die gemessene vordere Rumpflänge (im Mittel 51 cm., 30 % im erhältnisse zur Körperlänge) steht derjenigen nahe, welche Jakowenko r die Juden (49,46 cm., resp. 30,58 %) und Giltschenko für die Koken von Kuban (52,35 cm., resp. 30,17 %) gefunden haben.

5. Die von Metschnikoff bei den Mongolen gemachte und dann verlgemeinerte Beobachtung, dass die Körpermitte mit der Symphysenhe zusammenfällt, stimmt nicht mit meinen Resultaten überein. Bei meiner Individuen lag die Symphyse höher als die Körpermitte urchschnittlich um 4 cm.), bei 17 Individuen tiefer (durchschnittlich cm.) und nur bei 3 in derselben Höhe. Damit ist die Behauptung etschnikoff's, wenigstens für russische Individuen weiblichen Gehlechts, widerlegt.

6. Die relative Rumpflänge variirt bei den von mir Gemessenen n 28 bis 35 % und beträgt im Durchschnitt 30 % der Körperlänge.

7. Die mittlere Spannweite ist gleich der Körperlänge.

8. Die mittlere Brustwarzenhöhe beträgt 113 cm., die relative 71 % r Körperlänge.

9. Hinsichtlich der mittleren relativen Nabelhöhe (59 %) ergiebt sich, ss meine Resultate denen von Dalmatoff bei der persischen Bevölkung erhaltenen, entsprechen.

10. Die Symphysenhöhe meiner Individuen beträgt 51,3 % der Körperge.

11. Das Grössengewichtsverhältniss der von mir untersuchten Frauen t = 36.

12. Bei 85 Individuen ist die relative Höhe der Spinæ ant. sup. links össer, als rechts.

Das Gleiche gilt von der Höhe der Spinæ post. sup.

13. Bei 90 % der gemessenen Individuen liegen die Spinæ post. chts, bei 87,5 %, auch die Spinæ post. links höher als die entsprechenn Spinæ ant. Dagegen ist bei 3,5 % der Individuen rechts und bei 5 % links kein Höhenunterschied vorhanden.

14. Die Untersuchung der Beckenneigung ergiebt: dass die sagittale inalneigung bei 70,5 % der Individuen rechts und links eine uneiche und bei 28 % eine gleiche ist. Ein Individuum hatte überhaupt

keine Spinalneigung: es lagen hier alle vier Spinæ in einer Horizontalebene.

15. Der mittlere Nabel-Manubriumabstand beträgt 36 cm., der mittlere Nabelsymphysenabstand 12 cm.

16. Der Abstand der Mamma vom Manubrium ist etwas grösser als derjenige vom Akromion.

17. Die absolute mittlere Distanz der Brustwarzen beträgt 20 cm.

18. Die Brustwarzendistanz beträgt 72 % der Spinalbreite, 60 % der Akromialbreite und 66 % der Cristabreite.

19. Die Brustwarzendistanz beträgt 13 % der Körpergrösse.

20. Bei meinen Individuen sind die Spinalbreiten und Cristabreiten um 1,3 cm. kleiner als die entsprechenden Breiten des Normalbeckens (nach RUNGE.)

21. Die Cristabreite beträgt im Mittel 83 % der Schulterbreite.

22. Die mittlere absolute Armlänge beträgt 67 cm., die relative 46 % der Körperlänge.

Mit Rücksicht auf die Russenzugehörigkeit haben die polnischen Jüdinnen einen absolut und relativ kürzeren Arm als die kleinrussischen Jüdinnen und Grossrussinnen.

23. Durchschnittlich ist die Oberarmlänge bei allen Gemessenen = 19 % der Körperlänge.

24. Die grösste relative Unterarmlänge besitzen die kleinrussischen und polnischen Jüdinnen; sie beträgt im Mittel 14 % der Körperlänge.

25. Die mittlere absolute Handlänge ist am kürzesten bei den polnischen Jüdinnen = 15 cm., während die relative bei allen Gemessenen eine gleiche ist; sie beträgt 10 % der Körperlänge.

26. Die mittlere absolute Beinlänge (Abstand des oberen Symphysenrandes von der Standfläche) beträgt 81 cm., die relative 52 %. Nach der Rasse kommt die grösste Beinlänge relativ und absolut den Grossrussinnen zu.

27. Sowohl die absolute als auch die relative Oberschenkellänge war bei den Grossrussinnen und polnischen Jüdinnen am grössten (43 cm. absolut, 27 % relativ).

28. Die Grossrussinnen und kleinrussischen Jüdinnen haben die grösste absolute Unterschenkellänge (32 cm.), die relative ist bei allen Gemessenen eine gleiche = 20 %.

29. Bei den Grossrussinnen ist die (absolut 23 cm. und relativ 15 %) Fusslänge grösser als bei den übrigen gemessenen Individuen.

D[r] H. de Trève-Barber, Genf:

Eine peracephale menschliche Missbildung.
Etude sur un Monstre Humain Péracéphale: Acarde et Apeume.

Laboratoire d'Histologie et d'Embryologie de l'Université de Genève:
Prof. Eternod.

(Impr. Atar, 12, Corraterie, Genève.)

Die Form der vorliegenden Missbildung erinnert an eine abgeplattete Birne, deren voluminöserer Teil dem Körper des Fœtus und deren schmälerer Anteil den untern Extremitäten entspricht; der Kopf und die obern Extremitäten fehlen, ebenso Herz und Lunge etc.

Die sieben folgenden Tafeln erläutern, besser als jeder Text, die vorliegenden Verhältnisse.

Die nachfolgenden, das vorliegende Monstrum betreffenden photographischen Wiedergaben gereichen dem Eternod'schen Institut, zur besondern Ehre. Die sehr schönen radioscopischen Bilder stammen von Herrn Dr. Keser in Genf.

PHOTOGRAPHISCHE AUFNAHMEN

Von Prof. Eternod.



Ansicht von vorne.



Ansicht von hinten.



Ansicht von der Seite.



Ansicht von unten

Peracephale menschliche Missbildung.

Planche II.

RADIOSCOPISCHE AUFNAHME

Von Dr. S. KESER.

Ansicht von vorne.

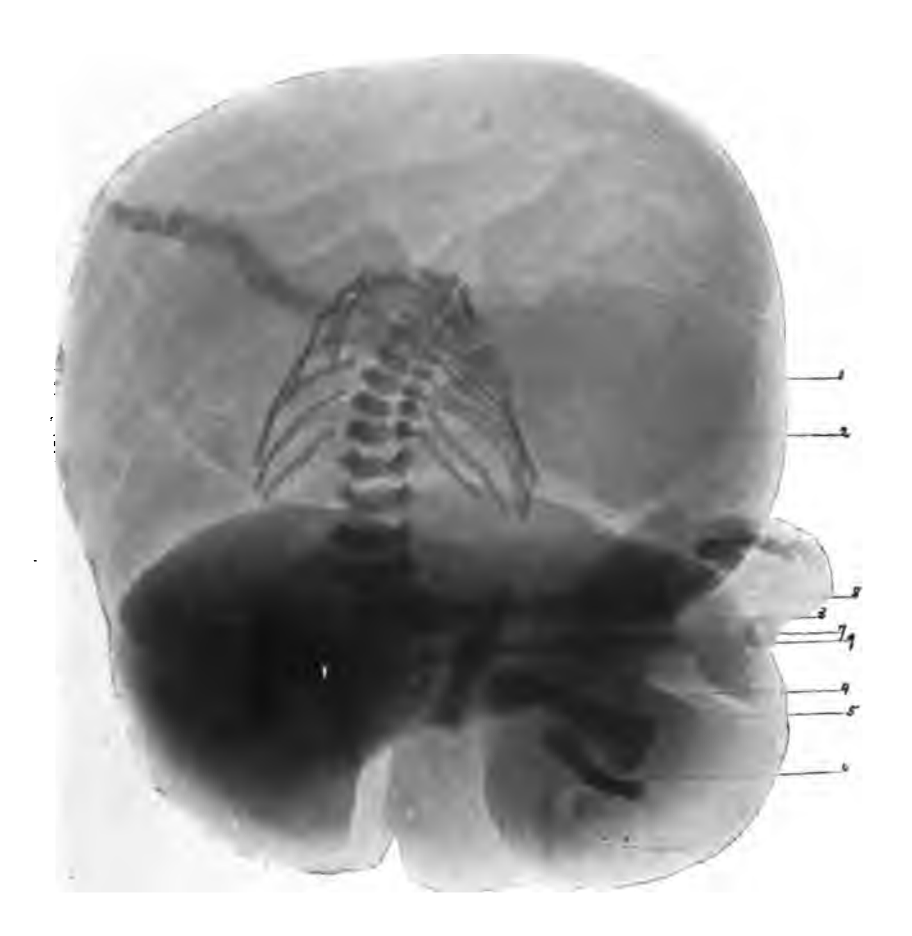


1. Costæ. 2. Columna vertebralis. 3. Os ilei. 4. Sacrum. 5. Os ischii. 6. Os femoris. 7. Fibula. 8. Tibia. 9. Abgelöster Fibulakopf. 10. Abgelöster Tibiakopf. 11. Tarsus. 12. Metatarsus. 13. Phalanges. 14. Tibia. 15. Abgelöster Tibiakopf.

RADIOSCOPISCHE AUFNAHME

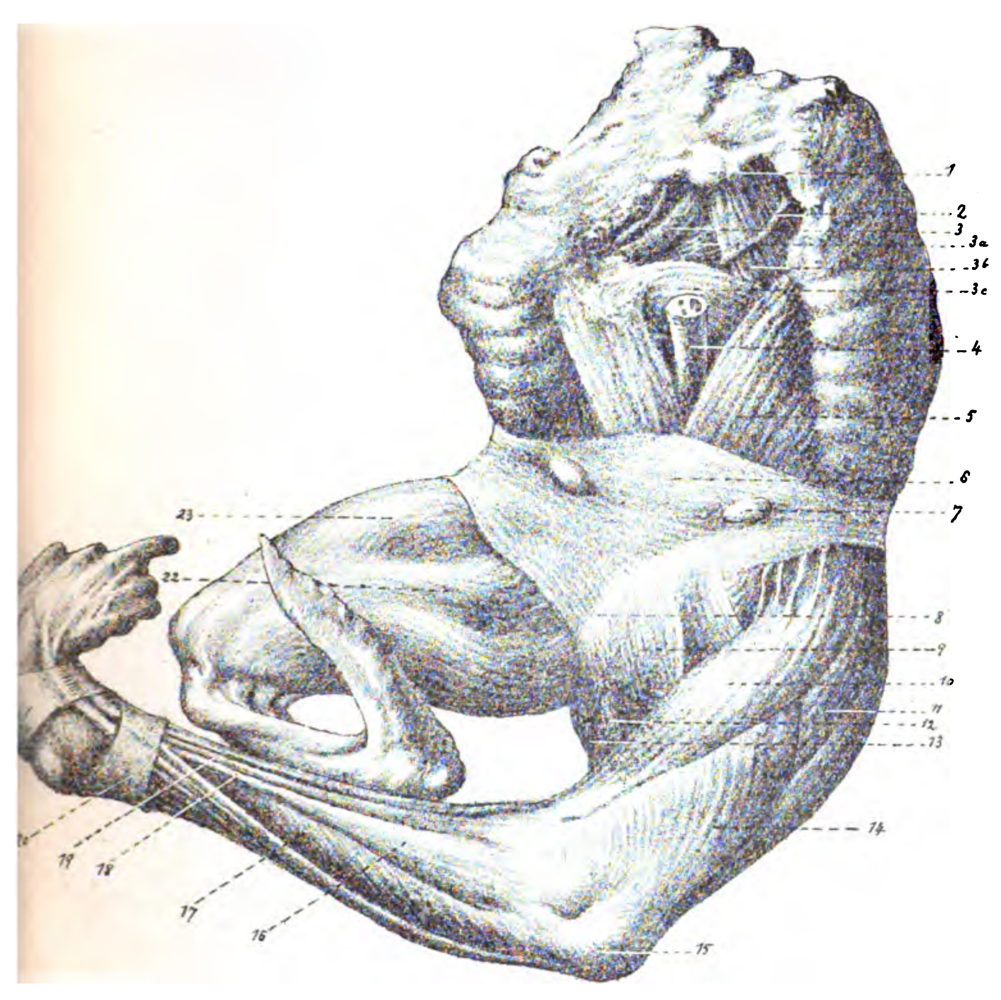
Von Dr. S. Keser.

Ansicht von hinten.



1. Costæ. 2. Columna vertebralis. 3. Os ilei. 4. Os ischii. 5. Os femoris. 6. Tibia. 7. Abgelöster Tibiakopf. 8. Tibia. 9. Fibula. (links.)

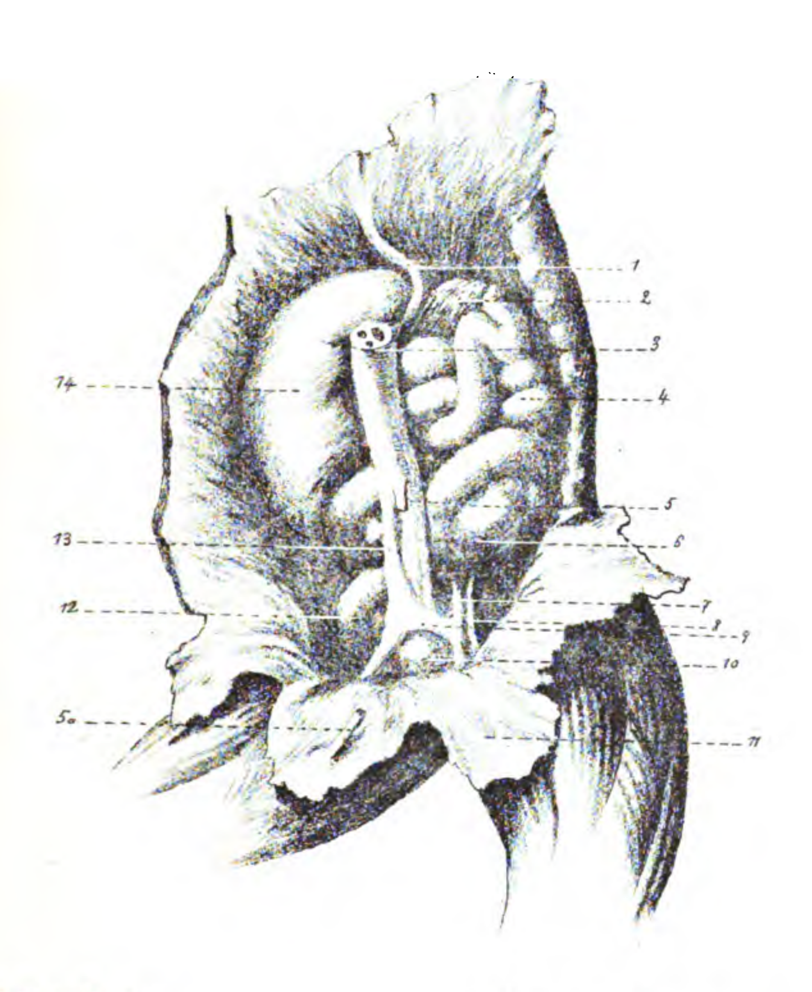
MUSKELSYSTEM



H. de Treve Barber prépar.

Cte R. Curbis d'Albugnano ad. nat. del. et lith.

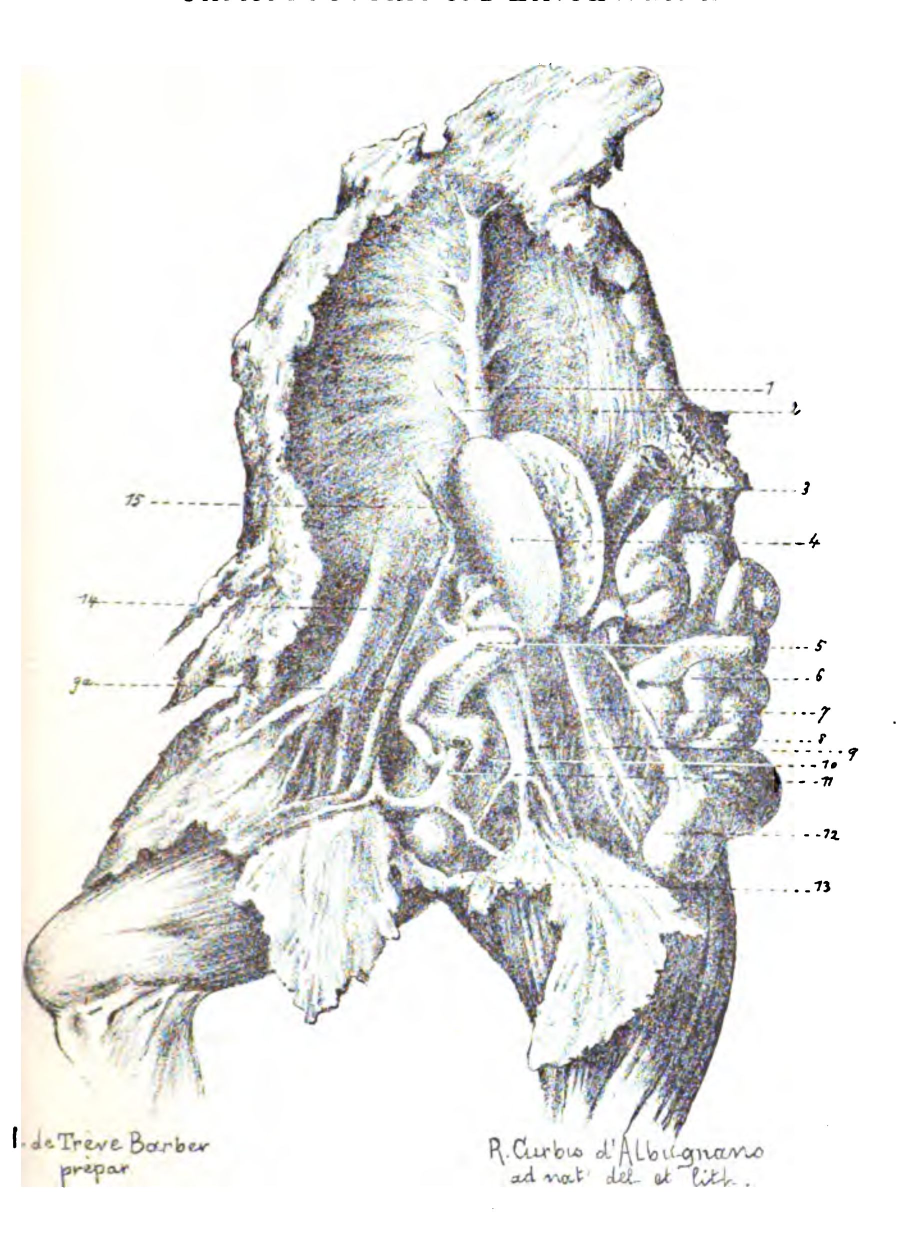
Processus xyphoideus. 2. Vene? 3., 3a., 3b., 3c. Reste des Zwerchfelles. 4. Nabelstrang. c. rectus abdominis. 6. Abdominale Aponeurose. 7. Hoden. 8. Musc. pectineus. 9. Musc. or longus. 10. Musc. sartorius. 11. Musc. rectus cruris. 12. Musc. adductor brevis. isc. rectus internus. 14. Musc. vastus internus. 15. Rotula. 16. Musc. tibialis anticus. isc. extensor digitorum communis longus. 18. Musc. extensor hallucis longus. 19. Musc. us longus. 20. Lig. annulare tars. 21. Lig. cruciatum. 22. Musc. adductores. 23. Triceps



H. de Treve Barber prépar.

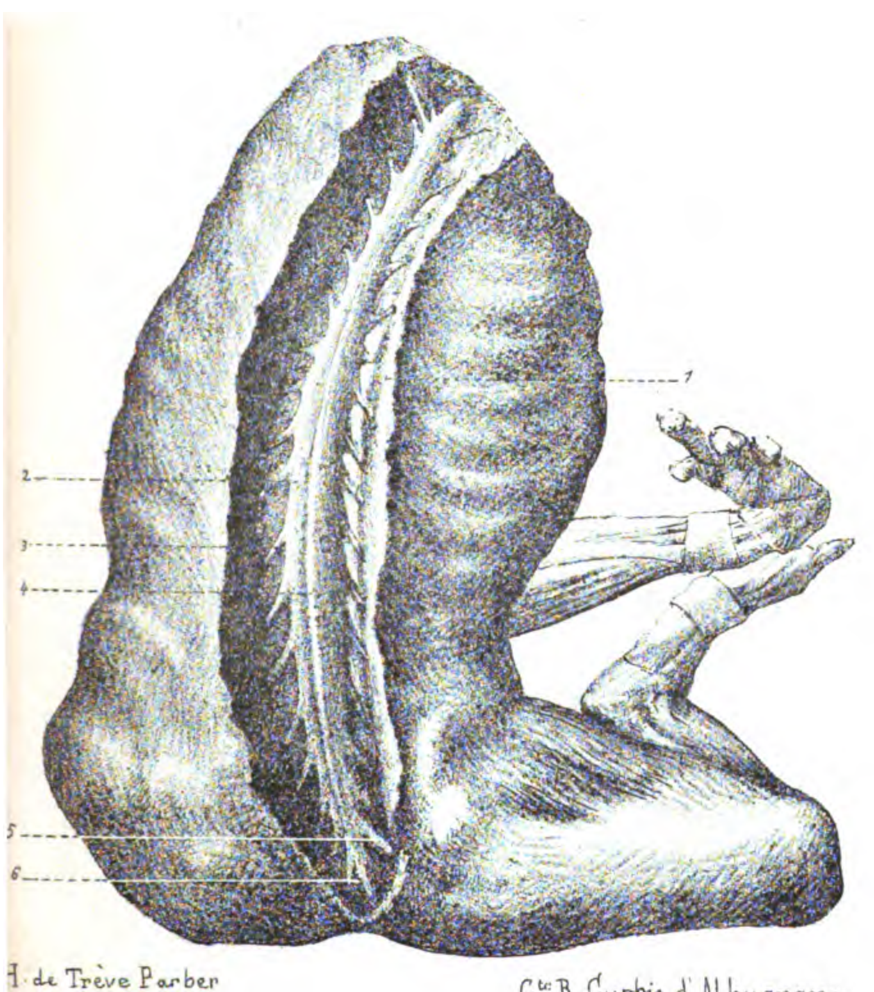
Cte R. Curbis d'Albugnano ad. nat. del. et lith.

1. Vena umbilicalis. 2. Capsula suprarenalis. 3. Nabelschnur. 4. Dünndarm. 5., 5a. Arteria epigastrica. 6. Dickdarmdivertikel. 7. Arteria iliaca. 8. Vena cava inferior. 9. Arteria umbilicalis. 10. Blase. 11. Musc. rectus abdominis dext. 12. Dickdarm. 13. Die beiden Nabelarterien. 14. Niere.



1. Aorta. 2. Arteria intercostalis. 3. Nabelschnur. 4. Niere. 5. Harnleiter. 6. Dünndarm. 7. Nervus crural. 8. Arteria mesenterica inferior. 9., 9a. Vena cava inferior. 10. Blase. 11. Arteria umbilicalis 12. Dickdarm. 13. Symphysis pubis. 14. Musc. psoas. 15. Vena azygos.

NERVENSYSTEM



1. Meninges. 2. Rückenmark. 3. Nervi spinales. 4. Sulcus medianus anterior. 5. Plexus lumbo-sacralis. 6. Filum terminale.

Dr. Th. WALTER, Schaffhausen:

Ueber die Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit chronischen Herzklappenfehlern.[1])

Aus der Geburtshülflichen-Klinik in Bern: Prof. Müller.

(Druck von Müller, Werder & Co., Zürich, 1902.)

WALTER studiert im *ersten Kapitel* die *physiologischen Verhältnisse*, d. h. das Verhalten des gesunden Herzens während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Es wird besprochen: die Schwangerschaftshypertrophie des Herzens, die Herzdilatation, sowie einige Symptome, die von verschiedenen Autoren als der Schwangerschaft eigen angesprochen werden, wie Herzverlagerung, diastolisches Blasen, negativer Venenpuls, physiologische Cyanose.

Beim Studium des physiologischen Einflusses *des Geburtsaktes* auf ein gesundes Herz sind 3 Momente wichtig:

1. Die Wehentätigkeit.
2. Psychische und reflektorische Wirkungen des Geburtsaktes und des Geburtsschmerzes.
3. Die Entleerung des Fruchthalters.

Nach Besprechung des physiologischen Einflusses *des Wochenbettes* auf ein gesundes Herz kommt Walter zu dem Schluss:

«*Dass das* **gesunde** *Herz allen Anforderungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes leicht gerecht zu werden vermag. In der Schwangerschaft bestehen keine „erhöhten Widerstände“, dagegen konstatieren wir im Geburtsakt das Herz wesentlich belastende Momente.*»

Weitere litterarische Studien über die *pathologischen Verhältnisse* zeigen, *dass die einzelnen Klappenfehler in ihrer Gefährlichkeit sich während der Schwangerschaft ebenso verhalten, wie sonst auch*. Eine akute Verschlimmerung des Herzfehlers infolge *recurrierender Endocarditis* ist nicht so gar selten.

Zum eigenen Material.

Das Material dieser Arbeit umfasst die Jahre 1884 bis und mit 1900. Unter 8590 Geburtsberichten konnten *84 mit Herzfehler komplizierte Fälle* festgestellt werden. Davon starben 10 Patientinnen, jedoch sind 2 Fälle wegen anderweitige Todesursachen in Abzug zu bringen, somit

[1] Siehe diesen Jahrgang: D[r] ROSENMUND: Ueber Herzfehler und Puerperium (WYDER'sche Klinik.)

bleiben noch *8 Todesfälle*, die auf Herzfehler zu beziehen wären (=9,5 %). Ueber den ungünstigen Ausgang dieser Fälle wird man bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Sektionsberichte nicht staunen.

Bei 28 Müttern finden wir das Bestehen *grösserer Beschwerden* erwähnt.

Es restieren noch 46 Fälle (=54,76 %), die entweder *keine* oder scheinbar nur *unbedeutende Beschwerden* aufzuweisen hatten.

Auf die 84 Patientinnen fallen im Ganzen *308 Geburten*, darunter 49 Frühgeburten und 26 Aborte.

Prognose.

WALTER pflichtet den Ausführungen von Herrn Prof. MÜLLER und G. WESSNER[1] völlig bei, wenn sie sagen, «*dass in einer grossen Anzahl von Fällen, wo das Leiden geringgradig oder kompensiert ist, der Herzfehler während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ganz latent verläuft und keinerlei Störung macht. Dass dagegen die allgemeine Angabe einer ungünstigen Prognose für jene Fälle Geltung hat, wo ein frischer Klappenfehler bedenkliche Erscheinungen hervorruft, oder wo das chronische Leiden schon weit vorgeschritten und konsekutive Erkrankungen gesetzt hat; kurz, wo das kranke Herz so geschädigt ist, dass es die Fähigkeit der Adaption und Kompensation verloren hat.*

Therapie.

In der *Schwangerschaft* ist alles zu vermeiden, was die Beschwerden steigern und zu Kompensationsstörungen Anlass geben könnte. Bei Auftreten von Herzbeschwerden ist Bettruhe, Milchdiæt und die interne Medikation (Digitalis) indiziert; kommt man damit nicht zum Ziel, so käme die *künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft* in Frage. Nach Prof. P. MÜLLER ist das exspektative Verfahren die Regel.

Bei Eintritt der *Geburt* an ihrem normalen Termin empfiehlt P. MÜLLER ebenfalls einen konservativen Standpunkt; man wird aber *bei Gefahrkündenden Symptomen noch dringender als während der Schwangerschaft zur schleunigen Beendigung des Geburtsaktes aufgefordert.*

Beim *Austritt des Kindes* wird zweckmässiger Weise das Abdomen der Schwangern mit Leibbinden gut bandagiert oder mit einem Sandsacke etc. beschwert, zur Verhütung einer plötzlichen Druckerniedrigung. Gegen *Kollaps* werden Analeptica gereicht.

Anmerkung: Die vorliegende Arbeit schliesst sich der 1884 erschienenen Dissertation von G. WESSNER[1]: « Chronische Herzkrankheiten und Puerperium » an. (Berner Klinik, P. MÜLLER.)

Nachblutungen sind bei vitium cordis nicht selten.

Im *Wochenbett* besteht die Therapie in Fortsetzung der Milchdiæt und der internen Behandlung.

Das *Stillen* ist nur in leichten Fällen zu gestatten. Herzkranke sollen das Bett nicht zu früh verlassen, sondern eine 3—4 wöchentliche strenge Ruhe beobachten.

Der Vorschlag von MACDONALD, den mit Herzfehler behafteten Mädchen die Ehe nicht zu gestatten, ist gewiss zu rigoros.

Folgt die tabellarische Zusammenstellung der Fälle; in der Litteratur-Uebersicht werden 148 'Arbeiten aufgeführt.

Dr Arnold WANNIER, Therwil:

Experimentelle Untersuchungen über die baktericide Wirkung einiger Harndesinficientien.

Aus dem Laboratorium der chirurgischen Privatklinik des Herrn Prof. E. Burkhardt, in Basel.

(Verlag von Arthur Georgi, Berlin und Leipzig.)

Dass die Behandlung der Cystitis mit Blasenspülungen viele Gefahren mit sich bringen kann, ist bekannt. Dieser Gefahren wegen wird immer von neuem der Versuch gemacht, die Anwendung des Katheters zu verringern und dafür auf internem Wege die Cystitis zu beeinflussen. Die Zahl der hiefür empfohlenen Mittel ist sehr gross, was beweist, dass keines derselben den Erwartungen genügend entsprochen hat.

Die WANNIER'schen Versuche erstrecken sich nun über folgende Mittel:

1. Acid. boricum;
2. Acid. benzoicum;
3. Salol;
4. Guajacol, Kreosot;
5. Urotropin;
6. Tannopin und Tannoform.

Von den verschiedenen Bakterienarten, welche schon als Erreger der Cystitis gefunden worden waren, benützte WANNIER folgende:

Staphylococ. pyogenes albus et aureus.
Streptococ. pyogenes.
Bacterium coli commune.
Bacillus typhi.
Proteus Hauser.

Die durch detaillierte Untersuchungen erhaltenen Resultate rekapituliert WANNIER, wie folgt:

1. « *Acid. boric., Guajakol und Kreosot üben bei innerer Darreichung selbst bei sehr grossen Dosen keinen Einfluss aus auf die Entwickelung der Bakterien im Urin.*
2. *Acid. benzoicum zeigt in kleinen Dosen (0,6 p. die) ebenfalls keine Wirkung, bei grösseren Dosen (3,0 u. 6,0 p. die) wird das Wachstum von Streptococc. pyog. aufgehoben, die übrigen Bakterien dagegen nicht beeinflusst.*
3. *Durch Salol wird das Wachstum von Streptococcus verhindert, von Staph. albus und Proteus deutlich verlangsamt, von Bact. coli, B. typhi und Staph. aureus dagegen nicht wesentlich beeinflusst.*
4. *Nach innerer Darreichung von* **Urotropin**[1] *ist im Harn bald nachher immer Urotropin nachzuweisen. Ebenso findet sich im sauren Urin immer Formaldehyd, und zwar fällt die Reaktion um so deutlicher aus, je stärker die Acidität des Harns ist. Das Wachstum der Bakterien ist beinahe vollständig aufgehoben, nur Bact. coli zeigt ein allerdings sehr verzögertes Wachstum auch in formaldehydhaltigem Urin. Anfänglich beruht dieses Fehlen des Wachstums nur auf Hinderung desselben, während die Bakterien noch lebensfähig sind. Bei längerer Einwirkung des Formaldehyds jedoch findet eine wirkliche Abtötung der Bakterien statt. Am längsten widersteht auch hier Bact. coli.*
5. *Tannopin und Tannoform zeigen keine Wirkung auf die Entwickelung der Bakterien im Urin.* »

Das Litteratur-Verzeichniss führt 43 einschlagende Arbeiten an.

[1] *Anmerkung*: Siehe Gynæcologia Helvetica II, pag. 86 und 121.
Dr Suter: Ueber Urotropin und
Dr Nicolet: Ueber die Wirkung von Urotropin bei Erkrankungen der Harnwege, im besondern der Blase.

III.

Mitteilungen aus der Praxis.

Dr. Max von Arx, Olten:

Jahresbericht des Solothurn. Kantonsspitals in Olten pro 1901.

(Pag. 27 und ff.)

1. *Zwei Fälle von hochgradigstem Uterusprolaps.* Es wurde mit äusserst befriedigendem Erfolg die von v. Arx zuerst vorgeschlagene Operation der **Cystocelelevation** mit Blasenfältelung ausgeführt.

a) In dem ersten Fall handelt es sich um eine kräftige X-para. Letzte Geburt vor 12 Jahren (Fusslage) hatte starken Dammriss im Gefolge, der nicht genäht wurde. Seither Uterussenkung und Prolaps verbunden mit Kreuzschmerzen, Drang nach unten und Druck auf den Mastdarm; fluor; starke Schmerzen bei der Exurese, die nur mit Anstrengung unter Reposition der Cystocele möglich ist. L. besteht wallnussgrosse Schenkelhernie. Uteruskörper steht in Retroflexionsstellung. Cystocelelevation, Blasenfältelung, Cervixamputation und gleichzeitig nachfolgender Kolporrhaphia poster. (Hegar). Cystocele und Prolaps vollständig verschwunden. Pat. kann den Urin während der ganzen Nacht behalten und fühlt sich äusserst wohl.

b) Der zweite Fall zeigte äusserst interessante Komplikationen. Pat. erhielt bei der 2. Geburt 1897 einen Uterusprolaps, da sie schon am 4. Tage des Wochenbettes aufstehen musste, nachdem ihre 1. Geburt (Zange) zwei Jahre früher einen Dammriss mit Dammnaht in Gefolge gehabt hatte. Schon im Frühjahr 1898 war Pat. in unserer Spitalbehandlung angeblich wegen «Nervosität». Die Diagnose lautete auf Morbus Basedow, Endocarditis rheum. Cystocele. Sie wollte sich damals auf eine Prolapsoperation nicht einlassen. Seit 1897 bis 5 Wochen vor Spitaleintritt am 26. November hat Pat. Pessar getragen. Vor 5 Wochen konsultierte sie den Arzt, der das Pessar entfernte, wegen Kreuzschmerzen, Druck auf den Mastdarm und grosse Unregelmässigkeiten in der Menstruation, fluor albus. Seit 3 Wochen traten Herzklopfen, Struma, Pro-

tusio bulbi, Engigkeit ein (*Morbus Basedowi*). Letzte Menstruation Ausgang Juli, schwach, seither nie Blutabgang. Der behandelnde Arzt dachte auch an *Gravidität,* doch wird die Möglichkeit einer solchen von der Frau energisch in Abrede gestellt; sie habe auch in den letzten 4 Jahren oft vierteljährliche Pausen in der Menstruation gehabt. Status: stark wechselnde Gesichtsfarbe, leicht erregbar. P. 130—140 kräftig, ziemlich regelmässig. Starke Protusio bulbi, rechtsseitige Struma, Herzdämpfung verbreitert, keine Geräusche, leichte Bronchitis. Vor der Vulva ein über faustgrosser, birnförmiger Tumor. Starker fluor aus dem arrodierten Muttermund. Stark ausgesprochene Cystocele 5 cm. lang; der Prolaps lässt sich nicht reponieren, Bauchdecken sehr dick; Uterus lässt sich nicht scharf abtasten. Keine objektiven oder subjektiven Zeichen von Schwangerschaft, weder Herztöne, noch Striæ oder Pigmentation, noch Colostrum. *Therapie*: Bettruhe, Wickel, Diät, Kurella und Karlsbader, Sitzbäder von Eichenrinde. Versuch den Prolaps zu reponieren negativ. Da die Komplikation mit Morbus Basedow auch beim Vorhandensein einer Gravidität eine Sondierung nicht kontraindizierte, wird am 6. XII. die Sonde eingeführt, die 28 cm. eindringt. Am 8. XII. *Abortus,* mässige Blutung. Fœtus tot, 30 cm. lang, behaart, Nagel angedeutet. Placenta manual gelöst. Utero-vaginal Tamponade mit Reposition des Uterus. Am 26. XII. *Cystocelelevation* mit Amputation (ca. 6 cm.) der Portio. Schon nach Vollendung dieser Operation zeigt sich der Effekt als zu gering bemessen, indem der *Cystocelenwinkel nicht vollständig verschwunden* ist. Trotzdem wird, um den bleibenden Effekt abzuwarten, *Episiorrhaphie poster.* (Küstner) daran angeschlossen. Am 6. I. 02 steht Pat. auf; sie kann den Urin sehr lange (bis 5 Stunden) behalten, hat keine Beschwerden mehr, kein Wasserbrennen, regelmässigen Stuhl. Die Cystocele ist fast verschwunden, doch erscheint beim Pressen die Portio etwas in der Vulva. Es wird daher am 17. I. 02 nochmals eine *2. Operation mit vollständiger Streckung der vordern Vaginalwand und Vornahme einer Kolporrhaphie post.* (Hegar) vorgenommen. Effekt nunmehr ausserordentlich gut; Pat. kann den Urin einen halben Tag und mehr behalten, Cystocele vollständig verschwunden, Stand von Uterus und Portio normal, Morbus Basedow immer noch deutlich, doch fühlt sich Pat. sehr wohl. Entlassung 31. I. 02.

2. **Grossesse nerveuse.**[1] Sie betraf ein 25jähriges Mädchen. Die Diagnose auf Gravidität soll vor einigen Monaten durch ärztliche Unter-

[1] *Anmerkung:* Siehe auch *Gynæcologia Helvetica II,* pag. 73: Prof. Rapin: Die nervöse, suggestive Schwangerschaft.

suchung gekräftigt worden sein. Seit September 1900 Ausbleiben der Menses, Zunahme des Abdomens, krabbelndes Gefühl in demselben, Magenbrennen, Gelüste nach süssen Speisen. Pat. hat Scoliose der Wirbelsäule mit watschelndem Gang. Hymen z. T. erhalten, Introitus sehr eng. Schwangerschaft liegt absolut nicht vor.

3. **Blasenmole.** Nr. 30. Aufnahme d. 25. I. 01. Pat. hielt sich im 3. Mon. gravid. Die Menses, seit dem 17. Jahr stets regelmässig und profus, waren seit 9. Nov. 00 ausgeblieben. Am 8. Januar war eine starke Blutung aus den Genitalien erfolgt. *Status* v. 25. I. Kleine, gut gebaute Person. Brüste und Linea alba pigmentiert, kein Colostrum. Uterus steht in Nabelhöhe, ist sehr weich und stark in die Breite gedehnt, Vulva zeigt keine livide Verstärkung. Am 31. Jan. hat sich der Genitalbefund für äussere Untersuchung bedeutend geändert. In der Nabelgegend liegt der Fundus uteri tiefer, als zu beiden Seiten, die linke Seite ist dabei etwas tiefer als die rechte. Portio zapfenförmig, sehr lang. Da das Wachstum, Gestalt etc. des Uterus eine normale Gravidität ausschliessen, wird Sondierung vorgenommen, die eingeführte Sonde wird deutlich am obern Rand des Tumor wahrgenommen. Am 2. II. erfolgen sehr schmerzhafte Uteruskontraktionen. Am Morgen d. 3. II. werden unter heftigen Wehen grosse Stücke einer Blasenmole und Blutcoagula ausgestossen. Die degenerierten Chorionzotten bilden bis taubeneigrosse Blasen. Uterus bildet sich gut zurück. Entlassung 23. II.

4. **Klitorisblutung.** II. Para, 23 Jahre alt, wird von auswärts unter der Geburt mit T. 38,1 aufgenommen, nachdem über 2 Stunden vergebliche Zangenversuche gemacht worden waren. Wehen schwach, aber schmerzhaft, ohne austreibende Wirkung. Kopf in I. Schädellage in Beckenweite. Die ganze Vulva ist stark verschwollen und blau und rot verfärbt, die Vagina zeigt dieselbe Blutfülle und Verschwellung. Muttermund weit, Blase gesprungen. Wegen Quetschungssymptomen und beginnender Asphyxie des Kindes wird Indikation auf Zange gestellt. Die Extraktion gelingt leicht, dagegen entsteht nach der Geburt des Kindes eine diffuse Blutung aus den innern und äussern geschwollenen Geburtsteilen, die weder durch Unterbindung, noch Tamponade, noch Umstechung zu stillen ist. Pat. stirbt an demselben Morgen an den Folgen der auswärts gemachten vergeblichen Zangenversuche, wobei offenbar eine starke Quetschung und Klitorisblutung entstanden war.

Dr. Dutoit, Bern:[1]

Appendix vermiformis im Leistenkanal.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, No. 13, pag. 407, 1902.)

52jährige Frau, welche seit 3 Tagen an unvollständigen Einklemmungserscheinungen gelitten. Genau dem Verlaufe des rechten Leistenkanals entsprechend, bestand eine längliche, ca. hühnereigrosse Geschwulst mit Rötung der Haut und starker Druckempfindlichkeit. Spaltung der Haut, Eröffnung des Bruchsackes, in dem man zum grössten Erstaunen einen ungewöhnlich langen, gangränösen Wurmfortsatz vorfand. Schon beim Anfassen behufs genauerer Untersuchung löste er sich vom Cœcum ab und liess sich mit Leichtigkeit herausnehmen; aus der Anhaftungsstelle flossen 5-6 Tropfen dicklichen Darminhalts aus. Der weitere Verlauf war ein völlig befriedigender.

Dr. Hæberlin, Zürich:

Jahres-Bericht 1901 der Privatklinik von Dr. Häberlin in Zürich.

(Buchdruckerei Müller, Werder & Cie, Zürich, 1902.)

Es sollen im Folgenden nur die in der *Hæberlin'schen Privatklinik* in Anwendung kommenden allgemeinen Methoden der *Vorbereitung zur Operation, der Reinigung der Hände, der Verbände, Narkose und Nachbehandlung der Laparotomierten* angeführt werden und zwar wörtlich nach dem Berichte:

« 1. Die *Vorbereitungen zur Operation* beschränken sich auf das Auskochen der Instrumente in einem Fürbringer'schen Apparate (in der obern Abteilung werden die Schürzen dem Dampf ausgesetzt). Tupfer und Kompressen werden in einem flachen Emailgeschirr ausgekocht. Als Zusatz diente früher Soda, in neuerer Zeit Borax. Vor dem Gebrauche wird einfach die Flüssigkeit ausgegossen. Als Nähmaterial benutze fast ausschliesslich Seide, welche ich selbst in Aether und Alkohol entfette,

[1] *Anmerkung des Referenten:* In einem linksseitigen Leistenbruche, fand ich bei einem 18-jährigen Mädchen ebenfalls ein Gebilde, das ich im ersten Augenblick für den proc. vermiform. hielt; nach genauerer Untersuchung stellte es sich heraus, dass wir es mit einem prolabierten « Ligamentum rotundum » zu tun hatten; Resection und Einnähen des Stumpfes in den Inguinalkanal.

in Wasser sterilisiere und in der von Kocher angegebenen Flüssigkeit (Jodoform, Alkohol-Aether) aufbewahre. Catgut wird nur bei Colporraphien verwendet. Da ich das Einfädeln selbst besorge, so ist auch möglichste Einfachheit ein Vorzug. Tupfer und Kompressen werden, soweit sie nicht durch Eiter beschmutzt sind, nach dem Gebrauch ausgekocht und immer wieder verwendet. Vom Verbandmaterial werden nur die Holzwollckissen im Fürbringer'schen Apparat dem Dampf ausgesetzt, Jodoformgaze, Watte dagegen ohne weitere Vorbereitung benutzt. Die Teller für das Nahtmaterial und die grossen Tücher zur Bedeckung des Patienten liegen vorher in 1 ‰ Sublimatlösung.

Die *Vorbereitung des Patienten* beschränkt sich auf ein Vollbad und die Entleerung des Mastdarmes vermittelst Ricinusöl oder Karlsbadersalz und gelegentlichen Darmeingiessungen. Die Abendmahlzeit besteht aus flüssiger Nahrung: am Morgen bleibt Patient nüchtern.

2. Die *Reinigung der Hände* bleibt die Hauptsache unter all' den vorbereitenden Massnahmen. Seit 10 Jahren ist die mechanische Reinigung vermittelst der Bürste und Seife im heissen, laufenden Wasser, die chemische vermittelst 1 ‰ Sublimatlösung im Gebrauch gewesen; seit einigen Jahren wurde noch der Alkohol eingeschaltet. Gleichermassen wird das Operationsfeld vorbereitet. Die Kautschukhandschuhe sind in der Regel unbequem, teuer und unsicher wegen der leichten Zerreisslichkeit, als Ausnahme bei septischen Eingriffen von nicht zu unterschätzender Annehmlichkeit. Die Haare des Operateurs und des Assistenten werden mit einer feuchten Kompresse bedeckt, dagegen liess ich mich auf die Anwendung vou Gesichtsmasken nie ein, da weder Assistent noch ich einen Bart tragen und ich mir das Operieren nicht unnötigerweise zur Qual machen wollte. Während der Operation kommt, ohne spezielle Indikation (Eiter, Darminhalt) kein Antisepticum zur Anwendung, sondern nur Tavel'sche Lösung, es sei denn, dass die Wunde lange offen geblieben war oder stark gereizt wurde, in welchem Falle das Unterhautzellgewebe vor dem Schluss mit Lysollösung abgetupft wird. Da die Hände bekanntlich nur relativ rein sind, so bestreben wir uns, die Berührung derselben mit der Wunde möglichst zu beschränken und die Instrumente zu benutzen. Noch wichtiger erscheint mir aber die Beschränkung der Anzahl der helfenden Hände. Sämmtliche Eingriffe, inklusive der Magen-Darm — aber exclusive der Vaginal-Operationen, wurden mit Hülfe eines einzigen Assistenten ausgeführt, wobei die vier Hände auch das Einfädeln, das Tupfen — kurz alles besorgten. Da ja nicht nur die Qualität, sondern auch die Quantität

der eingeschleppten Bacterien wichtig ist, so ist es einleuchtend, dass vier Hände (Desinfektion im übrigen als gleich vorausgesetzt) 2mal weniger infizieren als 8 Hände. Wird vor dem Beginn der Operation alles vorbereitet, werden z. B. einige Nadeln eingefädelt, so wird die Dauer nicht bedeutend verlängert. Bei Vaginaloperationen ist ein zweiter Assistent, wenn auch nicht absolut nötig, doch vorteilhaft.

3. Ueber die *Verbände* kann ich mich kurz fassen. Alle Wunden, welche verschlossen werden können, werden lediglich mit Collodium bepinselt und dieses bildet den einzigen, hermetischen Abschluss bis zur Entfernung der Nähte am 4. bis 6. Tag. Die drainierte Wunde wird mit Jodoformgaze und Holzwollekissen bedeckt. Als Drain benutzte ich nach Kocher Glasdrain oder Jodoformgazestreifen.

4. Die *Narcose* wurde meist von meiner Frau oder von der Operationswärterin besorgt, stets ohne die geringsten Zwischenfälle. Ich konnte mich in 10jähriger Erfahrung der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass dabei die Patienten weniger Gefahr laufen, als unter der Hand ungeübter Kollegen, welche gleichzeitig der Operation folgen wollen. Wenn unangenehme Zwischenfälle uns in all' den 10 Jahren erspart blieben, so möchte ich beim Chloroform der konsequent durchgeführten Tropfmethode nicht den kleinsten Anteil des Verdienstes zuteilen. Dem Aether wurden die seltenen Fälle von extremer Schwäche oder Anämie reserviert. Gegen die Schleich'sche Methode oder überhaupt die lokale Anästhesie bin ich zurückhaltend, denn in der Privatpraxis sind halbe oder teilweise Misserfolge strikte zu vermeiden — die Patienten wollen ganz schmerzfreie Eingriffe durchmachen.

5. Bei der *Nachbehandlung der Laparotomierten* lege ich grosses Gewicht auf baldige Anregung der Peristaltik und weiche nicht davor zurück, wenn Eingiessungen nicht zum Ziele führen, schon am ersten Tage den Patienten umzulagern und das Abdomen zu massieren. Sehr selten wird Morphium gegen die Schmerzen notwendig; der Trost, dass ohne das schmerzlindernde Mittel das subjektive Wohlbehagen früher eintrete, genügt meist. Während schon die Abwesenheit jeglichen drückenden Verbandes um den Unterleib, besonders im Sommer, sehr angenehm berührt, so wird auch sonst alles für das subjektive Wohlbehagen gethan und lassen wir die Patienten nie dursten, indem grosse Mengen Thee, bis 3 und 4 Liter per Tag verabreicht werden, und sofern der Magen die Zufuhr nicht erträgt, die Wasserzufuhr per Rectum oder subcutan durchgeführt wird. Wir haben von diesen reichlichen Flüssigkeitsgaben nie unangenehme oder schädliche Folgen erlebt, dagegen

oft von Patienten, welche vorher an andern Orten operiert und an Durst gelitten, die grosse Erleichterung unserer Methode rühmen hören. Sobald Appetit eintritt, bekommen die Operierten ganze Kost. Was die Ernährung anbetrifft, so muss sie im Krankenhause, allgemein gesagt, bedeutend besser sein, als zu Hause, denn nur dann stellt sich der rechte Appetit ein. Dass bei weiblichen Patienten der Küche eine grössere und schwerere Aufgabe zukommt, als bei den genügsameren, männlichen Kranken, ist naheliegend. Noch bleibt mir zu bemerken, dass der gründlichen Hautpflege grosse Sorgfalt geschenkt wird und dass alle Patienten vor dem Schlafe täglich abgewaschen werden. Sobald als möglich, bei Laparotomierten vom 8. bis 10. Tage an, stehen die Patienten auf. Im Sommer liegen sie den ganzen Tag in der Liegehalle an der frischen Luft. »

Dr. Alfr. Labhardt, Basel:

Ueber operative Entfernung eines tiefsitzenden, erweichten Myoms während der Gravidität.

Aus dem Frauenspital Basel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 21, pag. 657, 1902.)

Die Fälle von operativer Entfernung tiefsitzender Myome während der chwangerschaft sind noch nicht sehr häufig, weshalb die Mitteilung ines im *Basler Frauenspital* verfolgten Falles angezeigt erscheint.

Aus der beigegebenen detaillierten Krankengeschichte geht hervor, ass die Operation ursprünglich zur Entfernung eines Ovarial-Tumors usgeführt werden sollte, und dass die richtige Diagnose erst nach der xstirpation gestellt werden konnte.

Was die *Therapie* der Myome selbst anbelangt, so verficht Prof. . Herff die Konservativ-Exspektative; auch Hofmeier, Olshausen u. A. laidieren für das Abwarten.

Bezüglich der operativen Therapie der Myome während der Graviditt, hat Kirchheimer die bis 1895 vorgekommenen Fälle zusammenestellt; des weiteren hat Trautmann diese Tabelle bis 1901 ergänzt; uch Olshausen citiert eine grössere Anzahl von Fällen.

Dr. A. W. Münch, Brestenberg, Aargau:

Ein Fall von Appendicitis perforativa in einem Schenkelbruch.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 8, pag. 237, 1902.)

73jährige Witwe leidet seit vielen Jahren an einem rechtsseitigen Schenkelbruch. Erst seit einigen Tagen ist die Geschwulst grösser und schmerzhaft geworden; keine Einklemmungserscheinungen. 12 cm. langer Hautschnitt; man gelangt durch dicke Schwarten endlich auf einen etwa wallnussgrossen, sehr derben, gelblichen, runden Tumor; beim Versuch, die Geschwulst ringsum freizulegen, entleert sich plötzlich von der Rückseite her ziemlich übelriechender, aber nicht kotiger Eiter, ohne Gasblasen. Nach Spaltung der fibrösen Hülle entquillt ein 9 cm. nach aussen hin verlaufendes, 12 cm. langes, wurmförmiges Gebilde, von Farbe und Dicke eines grossen Regenwurmes.

Im ersten Moment hielt man das oben erwähnte Gebilde für den Wurmfortsatz; allein die ungewöhnliche Länge und Lage in einer Schenkelhernie ohne eine Spur von einem andern Darm- oder Netzteil machten stutzig und der Befund von Eiter in der Gegend des kolbigen Endes liess an eine *krankhaft veränderte Tube* denken, deren eitriger Inhalt sich in den Bruchsack ergossen hatte. — Der in die Bauchhöhle hinaufsteigende Strang wurde möglichst hervorgezogen und durchschnitten. Unterbindung des centralen Endes, Einstülpung und Vernähung der Schnittränder, Abtragung sämtlicher Bruchhüllen samt dem ihnen adhærenten, abgeschnittenen, peripheren Teil der vermeintlichen Tube.

Ohne Fieber und weitere Komplikationen erfolgte rasche Heilung der Wunde.

Prof. E. Kaufmann, Direktor des pathologisch-anatomischen Instituts in Basel, untersuchte das übersandte Corpus delicti und gab folgenden Untersuchungsbefund:

«Die Untersuchung des interessanten Objektes ergab, dass es sich doch *um den Proc. vermiformis* handelt. Es zeigt sich an mikroskopischen Schnitten von verschiedenen Stellen das charakteristische Strukturbild. Die Aehnlichkeit mit einer Tube ist allerdings für die makroskopische Beobachtung gross. Das höckerige Ende, welches Sie als Ovarium ansprachen, ist durch mehrfache Drehungen und Windungen des Process. vermiform. entstanden, der in diesem distalen Teile dazu noch eine erheblich dicke, hypertrophische Muskulatur hat. An der Seite ist der

Proc. vermiformis mit einem Loch versehen, welches Ulcus wohl auf den Abscess geführt hat, den Sie erwähnten.»

Ueber das weitere Schicksal der Kranken ist zu sagen, dass sie immer mehr psychisch deprimiert wurde und Nahrungsaufnahme verweigerte; es kam in der Folgezeit trotz Sondenfütterung zum Exitus an Inanition

Die *Obduktion* ergab folgenden Befund:

«Der Blindarm liegt an normaler Stelle und zeigt normale Form und Struktur. Keinerlei Zeichen von Entzündung oder Verwachsung um denselben. Von dem untern Pol des Blinddarms aus geht senkrecht nach abwärts der resecierte Wurmfortsatz in den Schenkelkanal hinein, wo er mit der Narbe des Bruchschnittes fest verwachsen ist. Seine Länge vom Cœcum bis zur Amputationsstelle beträgt noch 5 cm. Uterus und Adnexe sind normal gelagert.

Im vorliegenden Falle hat also der Processus vermiformis die respektable Länge von mindestens 17 cm. erreicht.

Brüche, welche nur den Wurmfortsatz als Inhalt beherbergen, sind selten beobachtet worden. Bardeleben führt in seinem Lehrbuch (1875) fünf solcher Fälle an. C. Hueter beobachtete drei rechtsseitige Schenkelbrüche, welche nur den Proc. vermiformis enthielten. Geissler fand den Wurmfortsatz sogar einmal in einem linksseitigen Leistenbruche. Krausold erwähnt einen Fall, wo der Wurm bei der Sektion in einer äusseren Leistenhernie gefunden wurde.

H. Nieriker, D. D. S., Zürich:

Die elastische Inhalationsmaske zur Ausführung von Narkosen.

(Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Bd. XII. Nr. 1.)

Die von Zahnarzt Nieriker erfundene *elastische Inhalationsmaske* hat die Form eines aus einem Stück in verschiedene Flanellschichten zusammengefaltenen Rechtseckes, dessen eine Ecke mit der Einführungsöffnung für das Narkotikum nach der Nasenwurzel, dessen andere entgegengesetzte Ecke nach dem Kinn hin zu liegen kommt, während die beiden seitlichen Ecken zur Befestigung dienen. Fig. 45.

Es waren hauptsächlich Versuche mit *Chloræthylnarkose,* die Nieriker zur Konstruktion dieser Maske, sowie der sogenannten *Anæsthesietube* geführt haben. Diese letztere besteht aus einem 30 gr. fassenden, graduirten Glascylinder, der an dem einen Ende in eine

6 cm. lange, offene Capillare ausläuft, am andern Ende in eine gerade, vom Cylinder auslaufende, etwas weitere Glasröhre von $3^1/_2$ cm. Länge ausgezogen ist. Fig. 46.

Um das Choræthyl in grösseren Quantitäten und billiger aus den Fabriken beziehen zu können, hat Nieriker ca. 100 gr. fassende *Reservoirgläser* herstellen lassen, aus welchen die Anæsthesietuben



Fig. 45.

Maske mit Hohlkehle, der querdurchgesteckten Sicherheitsnadel und dem Halter mit elastischer Schnur.



Fig. 46.

Anwendungsweise der Maske mit eingeführter *Anæsthesietube*

äusserst bequem abgefüllt werden können, vermittelst einer Canüle mit entsprechendem Ansatz aus schwarzem Kautschukrohr. Reservoirglas und Anæsthesietube stellt man am besten in einen Becher mit kaltem Wasser, damit die Dämpfe nicht so stürmisch wirken. (Fig. 47.)

Zur Einleitung der Chloräthylnarkose setzt der Arzt die zur « Hohlkehle » gebogene Maske dem Patienten dergestalt auf die untere Ge-



Fig. 47.
Umfüllen des Chloräthyls aus dem Reservoirglas in die Anæsthesietube.



Fig. 48.
Unterbrochene Narkose mit auf die Stirn geschobener Maske und eingeführter Mundsperre, sammt elastischem Halter)perationen in der Mund- und Rachenhöhle).



Fig. 49.
Anwendungsweise der Maske mit eingeführtem Glastrichter.

sichtshälfte auf, dass letzterer kein Unbehagen spürt und ungehindert leicht athmet.

Die einmalige Dosis der Narkose variert für Erwachsene zwischen 3 bis 7 gr. und mehr; für Kinder zwischen 2 bis 5 gr.

Die Maske bleibt liegen, während Puls und Pupillen genau beobachtet werden. Nach 40 Sekunden bis $1^1/_2$ Minuten von Beginn der Einatmung der Dämpfe an, darf erfahrungsgemäss der Eintritt der Narkose erwartet werden.



Fig. 50.
Reservoirbehälter aus Kupferblech. Abfüllen der Anæsthesietube.

Um die Narkose zu unterbrechen wird die Maske in einfacher Weise auf die Stirne geschoben. Fig. 48.

Zur Verwendung der Maske mit andern Anæstheticis wie Chloroform, Aether, Bromäthyl wird ein *Glastrichter* in die Eingangsöffnung unter Anwendung der bekannten Tropfmethode, eingeführt. Fig. 49.

Es werden jetzt Reservoirbehälter in den Handel gebracht, die aus vernickeltem Kupferblech bestehend, 500, 1000 und 2000 gr. und mehr

Chloräthyl enthalten; die Abfüllung in die Anæsthesietuben ist eine sehr bequeme. Fig. 50.

Versuche vermittelst der NIÉRIKER'schen Maske wurden in der kantonalen Krankenanstalt in Aarau, im städtischen Krankenhaus in Konstanz und an der zahnärztlichen Schule in Zürich mit bestem Erfolg unternommen.

Prof. O. RAPIN und V. DE SENARCLENS, Lausanne-Versoix:

Ein Fall von Schwangerschaft in der einen Hälfte eines Uterus septus duplex.

Un cas de grossesse dans une corne d'utérus cloisonnée.

(Revue médicale de la Suisse romande, N° 1, pag. 51. 1902.)

35-jährige Frau; vor 14 Jahren eine normale Geburt. Letzte Regeln am 18. Dez. 1900, im April 1901 Kindsbewegungen, die bis Mitte Oktober angehalten haben sollen. Wegen auftretender Schmerzen «in abdomine» und Verzögerung der Geburt trat Gravida im November 1901 in die *Lausanner-Frauenklinik* ein.

Abdomen stark ausgedehnt, wie bei einer Schwangerschaft im 10ten Monat; die Palpation lässt einen ovoiden Tumor erkennen, von glatter Beschaffenheit mit Ausnahme der vorderen Uterusfläche, auf der man eine längliche Hervorwölbung konstatiert. Die Consistenz der Geschwulst ist fluktuierend; keine kindlichen Teile zu erkennen, keine kindlichen Herztöne, kein Uteringeräusch. Vagina kurz; hinteres und seitliches Scheidengewölbe abgeflacht (Fig. 51), vorderes Scheidengewölbe sehr hoch hinaufreichend; keine Vaginalportion, dagegen am höchsten Punkte des vorderen Scheidengewölbes ein halbmondförmiger Muttermund, in den man die Kuppe des Zeigefingers einlegen könnte. Im hinteren Scheidengewölbe ein fluktuierender Tumor.

Differenzialdiagnose zwischen *Schwangerschaft*, *Ovarialcyste*, die sich im breiten Mutterbande entwickelt hatte und sich bis in den Douglas fortsetzte und mit den Nachbarorganen Verwachsungen eingegangen war, Tubenschwangerschaft, Interstitielle Gravidität, Abdominale Schwangerschaft, Schwangerschaft in der einen Hälfte eines Uterus septus duplex.

Man stellte nach allem die *Wahrscheinlichkeits-Diagnose* auf *Ovarialcyste.*

Operation am 18. November 1901. Mediane Incision. Es präsentiert sich ein intensiv roter Tumor, der sich bei genauerer Inspektion als die *schwangere Hälfte eines Uterus septus entpuppte.* Verticale Incision der Geschwulst (Fig. 52) und Extraktion eines macerirten Fœtus: 45 cm. lang, 1750 gr. schwer. Fig. 53. Drainage nach der Vagina und dem Abdomen. Heilung.

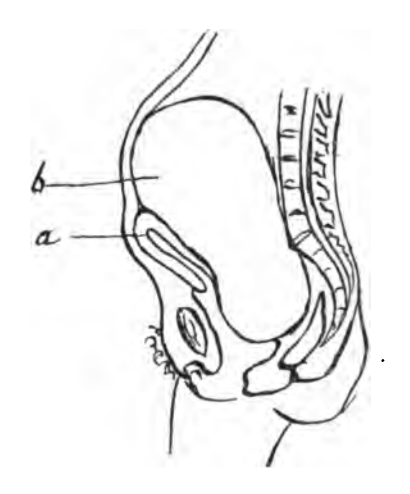


Fig. 51.

Fig. 52.

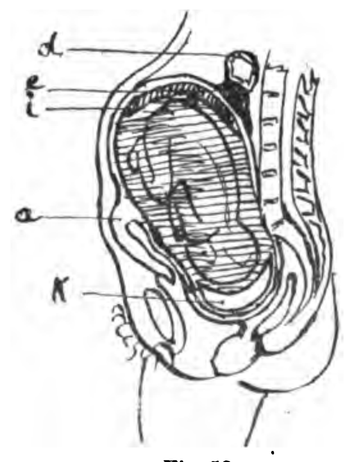




Fig. 53.

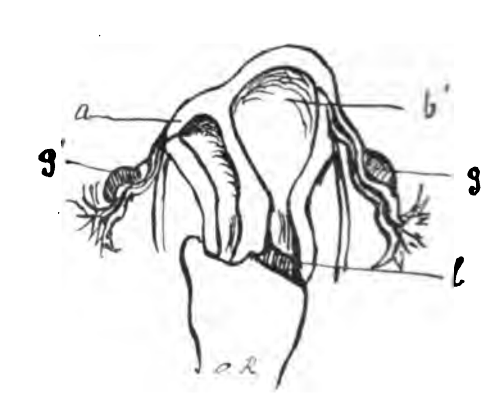


Fig. 54.

Erklärung der Figuren.

a. utérus ou demi-utérus droit. — *b.* Kyste rétro-utérin supposé adhérent à l'espace de Douglas. — b^1. Demi-utérus gauche gravide. — *c.* Annexes droites. — *d.* Colon transverse. — *e.* Adhérences épiploïques avec la lace pathologique de l'utérus. — *f.* Trace de l'incision. — *g.* Ovaire gauche. — g^1. Ovaire droit. — *h.* Trompe et ligament rond gauches. — *i.* Placenta. — *k.* Caillot fibrineux. — *l.* Tranches de l'incision destinée à maintenir perméable l'utérus gauche.

Die später unternommene Sondezuntersuchung liess die Gegenwart eines zweigeteilten Uterus erkennen, dessen linker Halsteil atretisch war. *(Uterus septus hemiatreticus.)* Fig. 54.

Es frägt sich nun, auf welche Art und Weise ist die Frau schwanger geworden. Da die linke Uterushöhle nicht mit der Vagina communicierte, so muss man annehmen, dass die Spermatozoen ihren Weg durch die rechte Uterushälfte genommen haben; entweder sind sie von da, durch eine præformierte Oeffnung in der Scheidewand, in die rechte Uterushälfte eingedrungen oder aber sie sind durch die linke Tube ins Abdomen geraten und von da durch die rechte Tube in die rechte Uterushälfte.

Da nie Hæmatometra bestand, so muss man den ersten Modus im vorliegenden Falle annehmen.

Anmerkung des Referenten: Die von Rapin gezeichnete Abbildung entspricht voll und ganz derjenigen von Kussmaul: Nagel, in Veit's Handbuch der Gynækologie I, pag. 577. Nagel bezeichnet die Missbildung als *Uterus septus duplex.* Auf Seite 573 desselben Bandes finden wir eine Abbildung, nach P. Müller, eines *Uterus, duplex bicornis*; dieser Fall weicht von den beiden erstgenannten wesentlich ab, indem das Corpus uteri aus zwei vollkommen getrennten Hörnern besteht. Es wäre, um Verwechslung zu vermeiden, vielleicht besser gewesen, wenn Rapin-Senarclens in der französischen Ueberschrift den Ausdruck « Corne » = Horn durch « Moitié » = Hälfte wiedergegeben hätten; denn in Wirklichkeit handelt es sich um eine Schwangerschaft in der einen Uterushälfte und nicht um eine solche in einem Uterushorn.

IV.

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.

Medizinische Gesellschaft der Stadt Basel.

Prof. v. Herff:

Demonstrationen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 1, pag. 17, 1902.)

1. *Heissluft-Apparat zur Behandlung von Beckenexsudaten*: Dieser besteht aus Asbest mit Drahteinlage und besitzt eine Trockenvorrichtung (Chlorcalcium), um die heisse Luft zu trocknen. Dadurch wird es ermöglicht, dass die Kranken Temperaturen von 100 und mehr Grad ohne Beschwerden lange Zeit ertragen.

2. Scheidendrüsen.

3. Frisches Ei, dass bei einem kriminellen Abtreibungsversuche infiziert worden war. Vortragender behandelt diese Fälle zunächst durch brüske Dilatation mit Hegar'schen Dilatatoren und nachfolgender Jodoformgazetamponade des Uterus.

4. Pelvis plana osteomalacica, an der Lebenden und im skelettierten Zustande.

5. Drei Fälle von Cervicalmyomen; zwei wurden nach Cœliotomie (1000 und 1300 gr. schwer) und eines von der Scheide her (990 gr.) hysterektomiert, diese Geschwulstform sollte von der Bauchhöhle her entfernt werden, da der vaginale Weg zu grosse Schwierigkeiten darbietet.

6. Puerperaler Uterus mit einer latenten Ruptur, durch welche 2½ Meter Darm herausgerissen worden waren. Die Verletzung geschah durch eine Hebamme, als sie eine manuelle Placentarlösung vornehmen wollte. Laparotomie, 36 Stunden nach der Ruptur; Resektion des völlig gangrænösen Darmes, Entfernung des Uterus. Tod nach 24 Stunden an Peritonitis.

7. Präparat einer im 4½ten Monat rupturierten rechtsseitigen Tubarschwangerschaft.



Prof. v. Herff:

Demonstration.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 7, pag. 210, 1902.)

Beginnendes Portio-Carcinom mit dazu gehörigen carcinomatösen Beckendrüsen:

Nach der Zusammenstellung von Reipen über 303 vaginale Uterusexstirpationen wegen Carcinom, ergab sich für die vag. Hysterectomie ohne Drüsenausräumung eine Dauerheilung von 25 % über drei Jahre hinaus. — Untersuchungen der letzten Jahre lehren, dass in etwa 50 % der operablen Fälle Drüsenmetastasen vorhanden sind. Es steht demnach zu erwarten, dass, wenn die Drüsen prinzipiell in jedem Fall mit entfernt werden, die Prozentzahl der Dauerheilungen erheblich gesteigert werden kann; es frägt sich aber, ob die primären Verluste nicht die Chancen der Dauerheilung aufwiegen. Nach von Herff empfiehlt es sich, vielleicht die Fälle auszuwählen und nur bei nachgewiesener Drüsenerkrankung durch sorgfältiges Abtasten des Beckens abdominell vorzugehen, wie Vortragender in vorliegendem Fall es gethan.

Dr. F. Suter:

Ueber Blasentumoren.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 10, pag. 309, 1902.)

Die Beobachtungen entstammen der chirurgischen Privatklinik von Prof. Emil Burckhardt. Es handelt sich um 27 Fälle von Papillom und 15 Fälle von Carcinom. Von 10 operierten Papillomfällen haben 4 recidivirt; 6 Fälle sind $^1/_2$—$8^1/_2$ Jahre recidivfrei geblieben. Die sogenannten Recidive sind nicht Recidive am Orte, wo die primäre Geschwulst entfernt wurde, sondern neue Geschwülste an andern Stellen der Blase; es sind diese Recidive demnach der Ausdruck einer Eigentümlichkeit der papillomatös erkrankten Blasenschleimhaut, multiple Geschwülste zu bilden.

Vortragender skizziert dann die *Pathologie und Symptomatologie des Blasencarcinoms.*



Dr. E. Feer:

Zur Ernährung des Säuglings.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 24, pag. 761, 1902.)

Die Fortschritte in der Stoffwechselphysiologie des Kindes haben bis jetzt keine entsprechende Förderung der künstlichen Säuglingsernährung gebracht. Glücklicherweise führt gute, gewöhnliche Kuhmilch, wenig verdünnt, mit Zusatz von etwas Zucker oder Mehl, fast in allen Fällen zum Ziele. Für den Erfolg gibt nicht sowohl die Zusammensetzung der Nahrung den Ausschlag, als ebensosehr die Art der Behandlung, die Verabreichung und die Nahrungsmengen (Volumina), für welche die Brustkinder vorbildlich sein müssen. Aus den vorliegenden und in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen ergiebt sich:

Die Zahl der Mahlzeiten beträgt bei Brustkindern im ersten Halbjahr anfangs ca. 6, später ca. 5 im Tage, so dass diese Zahlen auch für Flaschenkinder massgebend sind.

Die durchschnittliche Grösse der einzelnen Mahlzeit beträgt

in der	1.	2.	4.	8.	16. Woche
	65	90	110	140	155 gr.

Diskussion:

Prof. Bunge: Die endlosen Anstrengungen, welche heutzutage die Aerzte machen, die künstliche Säuglingsernährung zu verbessern, sind doch immer nur Bekämpfung des Symptoms; man vergisst darüber die *Prophylaxe;* man forscht nicht nach den Ursachen der Unfähigkeit zu stillen. Ich[1] habe bereits, in einer vor zwei Jahren veröffentlichten Abhandlung, den statistischen Nachweis erbracht, dass die Hauptursache der Unfähigkeit zu stillen, bei den Frauen die *chronische Alkoholvergiftung* ihrer Erzeuger sei. Aus dem später mit noch mehr Sorgfalt gesammelten statistischen Material geht dieser Zusammenhang noch viel deutlicher hervor. Die Unfähigkeit zu stillen ist erblich und andere Symptome der Degeneration gehen ihr parallel, insbesondere Nervenleiden, Psychose, Tuberkulose, Zahncaries.

[1] Siehe *Gynæcologia Helvetica I,* pag. 19: Prof. Bunge: Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen.

---

63. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Bern.

Prof. P. Müller.

Krankenvorstellung an der geburtshilflich-gynækologischen Klinik.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 16, pag. 509. 1902.)

1. *Gravida im 6. Monat mit Lebercarcinom.* Patientin wird durch die zunehmende Vergrösserung des Uterus entschieden gefährdet; Schwierigkeit der Indikationsstellung bezüglich Einleitung von Abort und Frühgeburt. Es dürfte in Rücksicht auf eine bessere Prognose für das Kind angezeigt sein, mit der Einleitung noch 3—4 Wochen zuzuwarten.

2. *Drei operierte Fälle von suprasymphysärem Bogenschnitt,* wovon die beiden nach (Rapin)- Küstner[1], der letztere nach Mackenrodt ausgeführt wurden.

Verwendet wird *der ca. 15 cm. lange (Rapin)-Küstner'sche Bogenschnitt* nur zur Entfernung kleinerer Geschwülste oder grösserer, die man verkleinern kann (Ovarialkystom), *nicht* bei soliden, grossen Tumoren oder schweren Adnexerkrankungen und Extrauteringravidität; die *Hauptanwendung* findet der (Rapin)-Küstner'sche Bogenschnitt an der *Berner-Klinik* bei der Ausführung der Ventrofixation der Ligg. rotunda bei Retroflexion und Retroversion des Uterus: eventuelle Mitbehandlung der Adnexe.

Der *grosse Bogenschnitt nach Mackenrodt* geht von einer Spin. ilei zur andern; er durchtrennt die ganze Bauchwand bis und mit dem Peritoneum; das letztere soll dann nach rückwärts fixiert und so die Peritonealhöhle abgeschlossen werden. Die Methode eignet sich besonders für Fälle von Portio-Carcinom mit weitgehender Ausbreitung der Infiltration und starkem Ergriffensein des parametralen Drüsenapparates.

In zwei in Bern kurz « post operationem » zur Autopsie gekommenen Fällen fanden sich bereits Drüsenmetastasen oberhalb des Promontoriums, welche bei der Operation nicht abzutasten gewesen waren.

Der gewaltige Eingriff kann als solcher, wie ebenfalls ein zur Autopsie gekommener Fall bewies, zum Exitus führen.

3. *Zwei operierte Fälle von Kolpektomie*[2]. Es handelt sich um ältere

[1] Siehe diesen Jahrgang unter: Veröffentlichte Originalarbeiten: Dr. O. Beuttner: Suprasymphysärer Bogenschnitt nach Rapin-Küstner.

[2] Siehe Gynæcologia Helvetica I, pag. 51 unten: P. Müller'sche *Kolpektomie* zur Beseitigung des Prolapses älterer Frauen; und diesen Jahrgang, pag. 97: H. Biehly: Die Kolpektomie als Prolapsoperation.

Frauen, bei denen 1. Die Menstruation erloschen. 2. Kein Uteruskatarrh vorhanden ist und 3. Auf die Cohabitation verzichtet wird. Die auf der *Berner Klinik* in solchen Fällen angewendete Kolpektomie besteht darin, dass die Vagina ca. ein Querfinger von ihrem Ansatze an den äusseren Genitalien umschnitten und lospräpariert wird, worauf man den Uterus an seinen normalen Platz zurückschiebt und den Wundtrichter durch versenkte Nähte verkleinert und endlich zum Schluss die Vaginalreste durch fortlaufende Naht mit einander vereinigt.

4. *Einen Fall von allgemeiner Enteroptose.* P. Müller führt die vorliegende Enteroptose auf vorausgegangene Schwangerschaften zurück; früher soll auch noch eine Wanderniere bestanden haben, welche jedoch fixiert wurde; ebenso war eine Ventralhernie vorhanden, die ebenfalls auf operativem Wege entfernt wurde. Zur Bekämpfung der gegenwärtigen Beschwerden durch die allgemeine Enteroptose soll Patientin eine Bandage erhalten, die mittelst einer Pelotte namentlich ein Tiefertreten von Leber und Magen verhindern soll.

Klinischer Aerztetag in Bern.

Prof. P. Müller:

1. Behandlung der Retroversion des Uterus.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 12, pag. 379, 1902.)

Bei jedem Falle von Retroversion (bei Frauen, die schon geboren haben) muss man sich die Frage vorlegen, inwieweit bei den Beschwerden Hysterie mit im Spiele ist. Wenn eine solche nachgewiesen werden kann, so muss, unbeschadet einer Pessarbehandlung, die Hysterie in Angriff genommen werden; stammen die Symptome von gleichzeitig vorhandener Metritis und Endometritis, so muss der Retroversionsbehandlung eine intrauterine Therapie vorausgeschickt werden. Ferner kommen viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, mit der Retroversion oder Retroflexion auch Adnexerkrankungen vor, Hypertrophie der Ovarien, Erkrankung der Tuben und geringere Exsudate neben dem Uterus.

Die Behandlung der Retroversion bestände demgemäss in der intrauterinen Behandlung, hierauf Einlegen der Pessarien, besonders bei frischen Fällen nach dem Puerperium. Wenn diese Therapie nicht zum Ziele führt, die Pessarien nicht ertragen werden und der Symptomenkomplex sehr stark ausgesprochen ist, dann kommt bei freiem Uterus

die Alexander-Operation, bei Nachweisbarkeit von Adnexerkrankungen oder auch bei Verdacht auf solche, die Ventrofixation in Frage.

2. *Extrauterinschwangerschaft.*

(Ibid. pag. 380.)

a) Hinter dem Uterus ein zwei Faust grosser Tumor. Extrauterinschwangerschaft? Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes: Gerinsel und nach oben die geplatzte Tube. Hohlraum wurde drainiert. Nach 14 Tagen war der Tumor fast vollständig verschwunden.

b) Beinahe in Agonie auf die Klinik gebracht. Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Extrauterinschwangerschaft. Laparotomie. Tube zeigte nur einen kleinen Riss, wurde entfernt. Heilung.

Dieser, sowie ein zweiter gleicher Fall, zeigt deutlich, dass man in derartig verzweifelten Situationen doch noch unter allen Umständen operativ eingreifen soll. Der Fall hat aber noch Interesse auch dadurch, dass an der Frau bereits vor einer Reihe von Jahren unter ähnlichen Umständen (rechtsseitige Extrauteringravidität) eine Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde.

3. *Behandlung puerperaler Exsudate.*

(Ibid. pag. 380.)

Auch unter hohem Fieber können starke Exsudatmassen schwinden; dagegen sollte operativ eingeschritten werden, sobald durch Veränderung der Konsistenz der Exsudate Eiterung vermutet werden darf. Ist eine operative Therapie nicht ausführbar oder bleiben noch starre Exsudatmassen zurück, so muss hauptsächlich, ausser andern Resorbentien (Ichthyol, Jodpräparate, Fango etc.), die Wärme in verschiedener Applikationsweise in Anwendung gezogen werden. Der Apparat von Dr. Polano[1] gibt gerade genügend Platz für das Abdomen. Die Temperatur kann durch Gas und Elektrizität bis auf 140° gesteigert werden. Die Resultate sind als günstige zu bezeichnen.

[1] ***Anmerkung:*** Siehe « Heissluft-Behandlung der weiblichen Beckenaffektionen », Gynæcologia Helvetica, II., pag. 191.



Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern.

Dr. Walthard:

Demonstration.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, pag. 48, 1902.)

Grosse *Ovarialcyste*, deren Anwesenheit der Trägerin absolut keine Erscheinungen verursacht hatte; erst eine akut mit Fieber einsetzende Peritonitis veranlasste eine Untersuchung und Feststellung des Tumors. Die nach Ablauf des Fiebers ausgeführte Operation zeigte an Stelle der vermuteten Stieldrehung ein serös-peritonitisches Exsudat, welches massenhafte Diplostreptococcen und Colibacillen enthielt, wahrscheinlich aus dem Darm an einer verwachsenen Stelle eingedrungen. Aus einigen kleinen Oeffnungen sickerte Inhalt aus der Geschwulst. Glatter Heilungsverlauf.

Diskussion:

Dr. v. Mutach: Rücksichtlich des Bakteriengehaltes der Peritonealflüssigkeit bei der Cyste sei auf das analoge Verhalten der eingeklemmten Brüche aufmerksam gemacht, wo man, trotzdem das Bruchsackwasser von Bakterien, die aus dem Darm ausgetreten, wimmelt, schöne Primaheilungen zu verzeichnen hat.

Dr. Lindt: fragt, ob diese Harmlosigkeit, der von Walthard als saprophytisch erklärten Vegetation der Streptococcen im Peritonealexsudat seines operierten Falles nicht durch spezielle für die Abwehr günstige Disposition des Individuums zu erklären sei; ob ein Streptococcus einmal pathogen und ein andermal bloss saprophytisch sein könne?

Dr. Walthard: antwortet, dass das letztere für die Streptococcen des Darms experimentell nachgewiesen sei.

Diskussion

(zum Walthard'schen Vortrage)[1]:

Zur Prophylaxe und Naht des Rectum-Damm-Vaginalrisses und der Recto-Vaginalfistel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, pag. 48, 1902.)

Dr. Dick: betont, dass hinsichtlich der Prognose für den Verlauf der Geburt und den Damm die Vorderhauptlagen aus der Reihe der normalen

[1] Dieser Jahrgang; pag. 59.

Lagen ausgemerzt werden sollten; die Gesichtslagen verlaufen im allgemeinen viel günstiger. Hinsichtlich der Prophylaxe kämen die seitlichen Incisionen noch in Betracht; er ist aber ganz davon abgekommen, da man sich von vornherein die Chance benimmt, event. nicht nähen zu müssen. Betreff der Nahtmethode kommt es nicht so sonderlich darauf an, ob fortlaufende Naht oder Knopfnaht angewendet wird. Der letztern hat er sich meistens und zwar immer mit Erfolg bedient. Auf die Richtigkeit der Anlegung der Naht kommt es an.

Dr. Conrad: Es giebt Dämme, die ohne ersichtlichen Grund fast wie Zunder reissen und gar keine Elastizität besitzen und immer wieder reissen. Bilaterale Incisionen wendet er nicht mehr an und ist gegen deren Anwendung. Das Nichtheilen der Dammrisse liegt nicht in der Methode der Naht begründet, sondern meist in der misslichen Situation, in der der Arzt sich, besonders auf dem Lande, oft nach schwierigen Geburten befindet, welche eine gute Naht anzulegen verunmöglicht.

Dr. v. Herrenschwand: ist der Ansicht, für die Vermeidung der Infektion des Nahtmateriales käme es nicht in Betracht, ob man beim Vernähen der Schleimhaut des Rectums die Faden direkt durch die Schleimhaut führe, oder ob man nur submukös nähe.

Dr. v. Mutach: Die von Dr. Walthard beschriebene Naht ist die gewöhnliche chirurgische Darmnaht, wie sie für den Darm jetzt allgemein gebräuchlich ist. Der Aluminiumbronzedraht hat gegenüber Catgut und Seide für die äussere Haut und den Damm grosse Vorteile.

Dr. La Nicca: bemerkt, dass schon seit mehr als 10 Jahren die fortlaufende Naht auch in der Gynækologie mehr oder weniger eingeführt und speziell zur Naht der Dammrisse, auch mit eingerissenem Mastdarm, empfohlen wurde, so z. B. auch von Dührssen. In den von ihm operierten Fällen hat Votant immer fortlaufende Catgutnaht verwendet. Seitliche Incisionen wendet er als einseitige Incisionen, welche ihm für den Zweck vollständig genügt und in manchen Fällen doch vorteilhaft erscheint.

Dr. v. Werdt: spricht sich für frühzeitiges Abnehmen der Zangenlöffel aus, bevor der Kopf über den Damm gezogen und nachherigen sorgfältigen Dammschutz; bei angelegter Zange kann der Dammschutz nicht vom Operateur, wenigstens nicht richtig, besorgt werden.

———

Dr. Wildbolz:

Ueber Technik und diagnostische Bedeutung des Ureteren-Katheterismus, mit Demonstration des Nitze-Albaran-Cystoscops am Phantom.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, pag. 49, 1902.)

Der Ureterenkatheterismus kommt als Hülfsmittel zur Vermeidung von Ureterenverletzungen bei verschiedenen *gynækologischen Operationen* in Betracht; seine Hauptbedeutung liegt aber sicher auf dem Gebiet der *Diagnostik:* sichere Lokalisation eines Nierenleidens, Beurteilung der Funktionsfähigkeit der kranken und besonders der gesunden Niere. Nicht ausser Acht zu lassen ist die Vergleichung der molekularen Konzentrationen resp. der Gefrierpunktserniedrigung der beiden gleichzeitig abgesonderten Nierenharne. Eine in ihrer Funktion erheblich geschädigte Niere liefert einen Urin, dessen Gefrierpunktserniedrigung stets weniger wie 1° beträgt, während eine Gefrierpunktserniedrigung des Harnes von 1°—2,5° auf eine wohlerhaltene Funktionsfähigkeit der Niere schliessen lässt. In ähnlicher Weise, wie die Gefrierpunktsbestimmungen der getrennt aufgefangenen Nierenharne, lassen sich auch die Resultate der von Casper und Richter angegebenen Phloridzinprobe zur Beurteilung der Nierenfunktion verwerten.

Um Todesfälle infolge Uræmie nach Ausführung einer Nierenexstirpation zu vermeiden, ist es nach dem heutigen Stand unseres Wissens vor Vornahme dieser Operation, unbedingt indiziert: 1., den Gefrierpunkt des Blutes zu bestimmen, um dadurch ein Urteil über die Gesammtleistung der beiden Nieren zu erhalten; 2., bei günstigem Ausfalle dieser Untersuchung den Harn jeder einzelnen Niere mit dem Ureterenkatheter aufzufangen, um mit Hilfe der Gefrierpunktsbestimmung und der Phloridzinprobe erfahren zu können, welchen Anteil jede einzelne Niere bei der Gesamtleistung der beiden Nieren nimmt.

Diskussion:

Dr. Vannod: erklärt sich als Anhänger des Ureteren-Katheterismus betont aber, dass dessen Nützlichkeit eine sehr begrenzte und die Anwendung desselben ausserordentlich vielen Einschränkungen unterworfen ist. — In vielen Fällen ist es sehr schwierig, die Ureteren-Oeffnungen überhaupt zu finden, manchmal unmöglich, z. B. bei Blasentuberkulose. — Wenn ein Ureter trüben Harn ausscheidet, soll man sich mit dieser Konstatierung begnügen und nicht weiter katheterisieren; auch bei Cystitis soll der Katheterismus nicht ausgeführt werden. Bei Tumoren wird

er sehr selten notwendig sein, ebenso bei Nierensteinen, wo die Radiographie bessern Aufschluss giebt.

Dr. Wildbolz: bemerkt, dass für ihn der Ureterenkatheterismus gerade bei Nierentumoren ausserordentlich wichtig sei zur Feststellung von Zustand und Funktion der gesunden Niere und Entscheidung, ob Belassung des Tumors oder Operation die günstigeren Chancen bezüglich Lebensdauer gibt. Bei unilateralem Katheterismus muss der Katheter bis ins Nierenbecken vorgeschoben werden, wodurch die Gefahr der Infektion grösser wird als bei bilateralem Katherismus. Die Kombination der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes mit dem beidseitigen Ureterenkatheterismus hat den grossen Vorteil, dass man auch aus kleinen Harnmengen die Funktionsfähigkeit der Nieren beurteilen kann. Die Radiographie gibt gerade bei den Uratsteinen, welche die gewöhnlichen sind, keine Schatten.

Dr. v. Fellenberg: erwähnt eines Falles, bei dem in London auf Grund eines durch Radiographie erhaltenen Schattens, ein Nierenstein diagnostiziert worden war, wo aber die Probelaparotomie mit Abtastung der Nieren keinen Stein auffinden liess.

Dr. Dick: Für gynækologische Operationen kommt man kaum in die Lage, den Ureterenkatheterismus notwendig zu haben; bei den Totalexstirpationen des Uterus bekommt man die Ureteren sehr selten zu Gesicht.

Dr. Walthard: Bei der Ausräumung des kleinen Beckens, wie sie in letzter Zeit für die Operation der Uteruscarcinome vorgeschlagen wurde, zur gründlichen Beseitigung aller Lymphdrüsen, kann der Ureterenkatheterismus sehr nützlich sein, doch kommt man meist ohne ihn aus, da sich der Ureter von der Bauchhöhle aus sehr leicht freilegen lässt.

Prof. Müller: Es ist sehr zu unterscheiden zwischen Geschwülsten, welche den Ureter nur verschieben (wie z. B. die Fibrome), und solchen, welche ihn umwachsen, wie die Carcinome und hier kann der Katheter wichtig sein, mehr zur Konstatierung von Verhältnissen, welche uns von einer Operation abmahnen, denn als Hilfsmittel zur erfolgreichen Ausführung einer solchen Operation bei Carcinom. Bei den auf der Klinik wegen Carcinom ausgeführten abdominalen Totalexstirpationen wurde vom Ureterenkatheterismus keinen Gebrauch gemacht.

Dr. Asher: bespricht einige theoretisch und praktisch wichtige Verhältnisse bei der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und weist darauf hin, wie dieselbe zur Beurteilung der Nierenfunktion herangezogen

werden kann. Zuverlässig ist aber nur die Untersuchung **während** einer mindestens 24stündigen Dauer.

Dr. WEBER: erwähnt, dass bei den auf der Klinik **ausgeführten abdominalen** Totalexstirpationen wegen Carcinom **Ureterenkatheterismus** nie notwendig war und dass in einem Falle der Ureter auf eine lange Strecke aus der Carcinommasse ausgeschält werden musste.

Dr. WALTHARD:

Demonstration einer Nabelschnur-Hernie.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 8, pag. 245. 1902.)

4 Wochen altes, frühgeborenes (VII Monat) Zwillingskind, bei dem gleich nach der Geburt eine grosse *Nabelschnur-Hernie* mit Erfolg operiert worden war. Die Wunde ist fast geheilt; das Kind hat $^1/_2$ Pfund zugenommen. In tiefer Narkose konnte der Bruchinhalt, der von Leber, Magen und Därmen gebildet war, recht leicht reponiert werden. Bemerkenswert ist, dass das Kindlein trotz Verbrauch von 200 gr. Aether nicht zum Schlafen gebracht werden konnte, so dass zur Chloroformnarkose gegriffen werden musste, welche sehr gut vertragen wurde.

Diskussion:

Dr. v. WERTH: erwähnt einen ähnlichen Fall von Nabelschnurbruch, der bei schon getrübtem Peritoneum operiert wurde und nach zwei Wochen an einer eiterigen Entzündung des Testikels zu Grunde ging.

Dr. DICK:

Gynækologische Mitteilungen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 20, pag. 636. 1902.)

1. *Totalexstirpation des Uterus:* abdominale, vaginale, kombinierte (abdominal-vaginale) und sacrale Methoden.

Als allgemeiner Grundsatz mag gelten, dass kleinere Tumoren des Uterus, Corpuscarcinome vaginal oder sacral zu operieren sind.

Grössere Tumoren, Cervixcarcinome sind per laparotomiam (letztere nach WERTHEIM) nach DOYEN oder nach kombinierten Methoden (DICK) zu operieren.

Grosse Tumoren auf vaginalem Wege durch methodische Zerstücklung operieren zu wollen, hält Dick für eine chirurgisch wenig feine Operation etc.

2. *Ueber Sterilisierung der Frau*[1]. *Indikation:* Krankheiten und Gebrechen, die bei einer Schwangerschaft oder einer wiederholten Schwangerschaft das Leben gefährden, wie Beckenenge, Osteomalacie, Psychosen, Epilepsie, Phthisis pulmon. Herzfehler, Nephritis und in letzter Linie die Verminderung der Kinderzahl.

Die ***Methoden***, besagten Zweck zu erreichen, sind folgende:

a) Die Totalexstirpation des Uterus (hauptsächlich in Frankreich ausgeführt).

b) Die Entfernung der Ovarien.

c) Abtragung der Tuben oder von Teilen derselben.

Dick geht folgendermassen vor:

Die Tube wurde zu zwei Drittel mittelst 2 bis 3 Ligaturen vom Lig. latum losgetrennt und dann mit einer Quetschzange abgequetscht; die gequetschte Stelle wird mit einer Seidenschlinge zugeschnürt und der übrig bleibende Rest der Tube zwischen die beiden Blätter des Lig. latum versenkt und darüber die Kante des Lig. mit 2 bis 3 Seidenknopfnähten vernäht. Auf diese Weise ist ein Austreten von Sperma aus dem Tubenreste in die Abdominalhöhle mit absoluter Sicherheit verhindert.

Es handelte sich immer um Fälle, bei denen die Hauptindikation nicht die herbeizuführende Sterilität war, sondern die Entfernung erkrankter Tuben.

d) Atmokausis von Pincus.

3. *Ueber Radikaloperation der Hernien von der Bauchhöhle aus.* Die Operation gilt nur für Hernien, in welchen sich Patienten aus irgend einer Indikation einer Laparotomie unterziehen müssen.

Dr. Dick hat bei Gelegenheit einer Ovariotomie die Radikaloperation einer Inguinalhernie dadurch vorgenommen, dass der Bruchsack etwas emporgezogen und mit einer Seidenligatur der Hals desselben umstochen und geschnürt wurde; die schlitzförmige Oeffnung des Bauchfelles am innern Leistenringe wurde sodann mit einer tiefgreifenden, fortlaufenden Seidennaht geschlossen.

[1] Siehe *Gynæcologia Helvetica II,* pag. 169: Dr. Hæberlin: Ueber Indikationen und Technik der operativen Sterilisierung, vermittelst Tubenunterbindung.



Diskussion:

Die abdominale Totalexstirpation nach WERTHEIM bei Cervixcarcinom wird warm befürwortet (WALTHARD, CONRAD) wegen den zu erwartenden besseren Dauerresultaten. Andererseits wird neben der grösseren Operationsgefahr das häufige Vorkommen von Blasenscheidenfisteln nach dieser Operation hervorgehoben (v. FELLENBERG), welche möglicherweise in einer Anzahl von Fällen der Anwendung des Thermokauters zur Last gelegt werden müssen (WEBER). Rücksichtlich der Myomoperation wird sowohl die abdominale Totalexstirpation nach DOYEN («Totalexstirpation des Müller'schen Ganges», WALTHARD) empfohlen, als auch von anderer Seite an die guten Erfolge der Enucleation auch tief in der Uteruswand sitzender Knoten (TAVEL) und an die guten Erfolge der supravaginalen Amputation (v. MUTACH) erinnert.

Auch die Frage der Sterilisation wird mehrfach berührt und ihr Zusammenhang mit der Frage des künstlichen Abortus hervorgehoben, speziell die ganz schwierige Stellung des Arztes, der in der Praxis mit den paar Lehrbuchindikationen kaum auskommt, ohne den höchsten Grundsätzen des ärztlichen Berufes entgegenzuhandeln, der andererseits hiebei im Gesetze weder leitende noch stützende Bestimmungen findet. Es wäre zu besprechen und zu untersuchen, ob nicht für die Entscheidung solcher Fälle ein Kollegium eingesetzt werden könnte (LA NICCA).

Dr. WALTHARD:

Mitteilungen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 21, pag. 664, 1902.)

1. *Oedema ovarii hæmorrhagicum;* als Nebenbefund bei Stieltorsion einer gestielten Ovarialcyste. Inhalt bakterienfrei.

2. *Adenomyoma uteri* nebst mikroskopischen Schnitten durch diesen Tumor. Im Adenomyoma finden sich zahlreiche Drüsenschläuche und Cystchen von versprengter Uterusmucosa.

3. *Selbstreinigung und Spontaninfektion des weiblichen Genitaltraktus.* Der Vortrag basiert auf den beiden von WALTHARD publizierten Originalarbeiten:

1. Der Diplostreptococcus und seine Bedeutung für die Aetiologie der Peritonitis puerperalis. Gynæcolog. Helvetica. I., pag. 54.
2. Die bakteriotoxische Endometritis. Dieser Jahrgang der Gyn. Helv., pag. 66.

Diskussion:

Sie berührt verschiedene Fragen der Infektion, der Biologie der Bakterien, speziell des Streptokokkus, seiner Virulenz und Umzüchtung in verschiedene Formen, die Frage der Spontaninfektion.

Medizinische Gesellschaft des Kantons Freiburg.
Société Fribourgeoise de Médecine.

Dr. Weck:

Ein Fall von Exomphalie.

(Revue Méd. de la S. R., N° 9, pag. 696, 1903.)

Es handelt sich um einen Fœtus, bei dem die beiden Bauchwandhälften in der Medianlinie nicht zur Vereinigung kamen.

Dr. Clément (Ibid):

Demonstriert ein exstirpiertes **Fibro-Sarkom des linken Ovariums.**

Medizinische Gesellschaft der Stadt Genf.
Société Médicale de Genève.

Dr. de Seigneux:

Ueber einen speziellen Fall ärztlicher moralischer Verantwortung.
Zur Perforation des lebenden Kindes.
A propos d'un cas spécial de déontologie médicale.
De la perforation de l'enfant vivant.

(Revue medicale de la Suisse Romande, N° 1, pag. 33, 1902.)

Die engen Becken sind im *Canton Genf* sehr selten, aber gerade deshalb muss der prakt. Arzt auf dem Laufenden sein, was zu thun, wenn ein enges Becken sich unter der Geburt präsentiert.

Pinard verwirft die zerstückelnden Operationen am lebenden Kinde und will die Symphyseotomie oder Sectio cæsarea an ihre Stelle setzen. Nach Bar weist aber letztere Operation eine Muttermortalität von 6,41% und eine Kindermortalität von 5,59% auf. Die Symphyseotomie hat aber

selbst in der Klinik von PINARD eine Mortalität von 12 % für die Mütter und eine solche von 13 % für die Kinder.

DE SEIGNEUX bestreitet deshalb den Standpunkt PINARD's, der dahin geht, dass der Arzt berechtigt sei, ohne Zustimmung der Gebärenden und ohne derselben die event. Gefahren eines operativen Eingriffes auseinandergesetzt zu haben, die Symphyseotomie oder die Sectio cæsarea zur Rettung der Leibesfrucht auszuführen.

Der Arzt soll stets der Tatsache sich erinnern, die hauptsächlich von LEOPOLD in Dresden stets hervorgehoben wird, dass die Beckenverengerung als solche keine Indication zur Operation abgibt.

Angenommen, dass die Gebärende ihre Zustimmung zur Symphyosetomie oder Sectio Cæsarea gegeben, sind dann diese Operationen wirklich so leichten Herzens auszuführen? Nein! Wenn der prakt. Arzt sehr gut weiss eine Zange zu applizieren, eine Wendung oder Perforation auszuführen, so ist er dadurch noch nicht geeignet, den Symphysen- oder Kaiserschnitt glücklich zu vollenden.

In der Klinik haben weder die Sectio cæsarea noch die Symphyseotomie den Charakter eines Notfalles; der Geburtshelfer wählt sich da die Fälle aus; in der Praxis draussen sind dagegen die Vorbedingungen für einen glücklichen Ausgang selten erfüllt; der prakt. Arzt kann hier weder den günstigsten Moment des Eingreifens wählen, noch ist die Asepsis, die Assistenz, die Beleuchtung etc. eine genügende.

Es bleibt also vorderhand bei Beckenenge die Embryotomie des lebenden Kindes im gegebenen Falle eine geburtshülfliche Operation, die der Arzt mit Fug und Recht ausführen darf und muss.

Anmerkung des Referenten: Es sei hier auf die ganz vorzügliche, preisgekrönte Arbeit von Dr. F. SIPPEL hingewiesen: *Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlich-medizinischen und ethischen Standpunkt.* (Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen 1902.) Siehe Referat in diesem Jahrgange: « Ausländische Litteratur ».

Prof. J.-L. REVERDIN:

Tuberkulose der Niere.

Rein tuberculeux.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 2, pag. 180 u. ff., 1902.)

37jährige Jungfrau; vor 10 Jahren zum erstenmal Schmerzanfälle in der rechten Nierengegend; seit 4 Jahren Hæmaturien. R. Niere ver-

grössert, «in toto» unterhalb des Rippenrandes gelegen. Die bakteriologische Untersuchung des Urins ergab Tuberkulose. 4. Okt. 1901 Nephrectomie. Die Niere zeigt unter der Capsula propria eine Taubeneigrosse Cyste, von seropurulentem Inhalt; Innenfläche zeigt Fungositäten.

Diskussion:

Dr. LARDY: hat eine 24jährige Frau operiert, deren Krankengeschichte mit derjenigen von REVERDIN viel Uebereinstimmendes hat. Es handelte sich um eine Tuberkulose, die sich auf die Nierenpapillen und Nierenkelche beschränkte. Es bestand zu gleicher Zeit eine Cystitis und Expulsion von käsigen Massen. Nach Exstirpation der rechten Niere heilte die Cystitis ohne weiteres.

Gestielter Tumor der Schenkelbeuge.
Une tumeur pédiculée de l'aine.

(Ibid.)

54jährige Frau; vor 5 Jahren in der linken Schenkelbeuge ein kleiner Knoten, der eine gelbliche Flüssigkeit secernierte; jetzt hat sich dieses Gebilde wesentlich vergrössert; es ist gestielt (Stiel 8cm. Breite) und hat eine Länge vom 12 cm., eine Breite von 11 cm. und eine Tiefe von 4 cm. Der Tumor, von unebener Oberfläche, produzierte eine stinkende Flüssigkeit. Inguinaldrüsen ohne Besonderheiten. *Exstirpation* am 27. November 1901.

Die *bakteriologische Untersuchung*, ausgeführt von Dr, MARIGNAC, ergab: Staphylococcen, Streptococcen und coliartige Bacillen.

Die *histologische Untersuchung* von Dr. LONG förderte folgende Tatsachen zu Tage:

Die Geschwulst zeigt Zapfen, die untereinander anastomosieren und aus Zellen von epidermoidalem Charakter bestehen; an mehreren Stellen kann nachgewiesen werden, dass diese Zapfen in die tieferen Schichten der Epidermis direkt übergehen. Die Zellen-Konglomerate sind durch ein gefässreiches, entzündliches Bindegewebe getrennt.

Pigment in den intraalveolären Räumen und hie und da in den Kapillaren.

Diskussion:

Prof. BARD: Die Epidermis der vorliegenden Geschwulst zeigt nichts Charakteristisches.

Die Pigmentation stammt sehr wahrscheinlich von alten, interstitiellen Blutungen her. Die epithelialen Zellen enthalten kein Pigment. Es handelt sich um ein Talgdrüsen-Epitheliom (Epithéliome sébacé) von geringer Malignität. Eine intensive kleinzellige Infiltration des Bindegewebes, wie eine solche hier besteht, kann Malignität vortäuschen, während es sich im Grunde nur um eine starke Entzündung handelt.

Dr. Müller:

Casuistik.

(Ibid.)

1. *Fremdkörper im Uterus mit Konvulsionen.* — Un cas de corps étranger dans l'utérus avec crises convulsives.

2. *Ein Fall von Zerreissung des Sphincter ani, der Scheiden-Rectal-Wand und des Perineums bei einem Neugeborenen durch geburtshülfliche Manipulationen.* — Un cas de déchirure du sphincter anal, de la paroi rectovaginale et du périnée chez un nouveau né, par manœuvres obstétricales.

Dr. Patry:

Allgemeine eitrige Peritonitis, 23 Tage nach einer Radikal-Operation wegen incarcerierter Hernie.

(Ibid.)

Diskussion:

Dr. Kummer: hat einen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, der Analogien mit dem Patry'schen Fall darbietet.

58-jährige Frau wurde wegen rechtsseitiger incarcerierter Schenkelhernie operiert: eine Dünndarmschlinge zeigte eine verdächtige Stelle: einige Lembert'sche Nähte werden appliciert. Am Tage nach der Operation stellen sich die Symptome der Peritonitis ein. Wiederöffnung des Abdomens; es ergiesst sich eine suspecte, gelbliche Flüssigkeit; die « verdächtige Stelle » kann nicht aufgefunden werden. Drainage des Abdomens. Lokalisation der Peritonitis in der rechten Seite. Vier Monate nach der Herniotomie Ileus, Laparotomie, Anastomose des Ileum mit dem Colon transversum; vorübergehende Besserung. Wiederauftreten des Ileus. Exitus 6 Monate nach der Herniotomie.

In diesem Falle muss man die zuerst allgemeine, dann lokalisierte Peritonitis auf eine Infektion von der eingeklemmten Darmschlinge (verdächtige Stelle) zurückführen; man hätte besser eine Resektion ausgeführt.

Was die Frage der Laparotomie bei allgemeiner Peritonitis anbetrifft, so hatte Kummer 3 dahingehörige Fälle operiert (Perforation des Wurmfortsatzes). Zwei Patienten verstarben, einer konnte gerettet werden.

Prof. A. Reverdin:

Geschwulst des Lig. latum.
Tumeur du ligament large.

(Revue médicale de la Suisse romande. N° 4, pag. 363. 1902.)

Obwohl der in Frage stehende Tumor überall der Innenfläche des linken breiten Mutterbandes adhærent war, konnte er doch ohne allzugrosse Schwierigkeiten enucleirt werden; keine Stielbildung. Der Grundstock der Geschwulst besteht aus dichtem, fibrösem Bindegewebe, das nach aussen, besonders nach vorne, von einer 6 bis 8 cm. dichten Masse von cystischem Gewebe bedeckt ist. Die unzählbaren Cysten, die diese äussere Schicht zusammensetzen, sind von sehr verschiedenem Volumen, bis zur Orangengrösse. Ihr Inhalt ist dickflüssig, fadenziehend, weiss-gelblich.

Dieser Fall ist bezüglich der *Diagnose* interessant. Man fühlte die solide Partie unterhalb der cystischen Masse, die ihrerseits das Gefühl der Fluktuation darbot. Die Vaginalportion stand hoch und war gegen das Sacrum gerichtet. Die Miction war bschwerlich.

Prof. J.-L. Reverdin:

Uterusfibrom.
Tumeur fibreuse de l'utérus.

(Ibid.)

40jährige Jungfrau; immer regelmässig menstruiert; nie Blutungen; Beginn der Geschwulstbildung vor einem Jahre. Plötzliches Auftreten von Schmerzen in der linken Abdominalseite, rapide Zunahme der Geschwulst; kein Erbrechen. *Wahrscheinlichkeitsdiagnose:* Ovarialcyste



mit Stieldrehung. Während der *Operation* stellt man fest, dass es sich um ein Fibrom handelt, ausgehend vom Uterusfundus, bestehend aus zahlreichen Knollen, deren grösster eine Höhle aufweist, die ca. 3/4 Liter gelblicher Flüssigkeit enthält; in dieser Höhle, deren Innenfläche uneben ist, inseriert ein 31 cm. langes, baumartig verzweigtes, gelbes, durchlöchertes Gebilde, das dem Epiploon gleicht. Hysterectomie. Die histo-pathologische Untersuchung der Höhlenwand, sowie des länglichen Gebildes weist myomatöses Gewebe auf.

Prof. JULLIARD:[1]

Ether-Anæsthesie.

(Ibid.)

Diskussion:

Prof. JULLIARD: führt zwei Patienten vor (Appendicitis und Inguinalhernie), die mittelst Ether narkotisiert worden waren; bei beiden stellte sich am 3. Tage eine Pneumonie ein; die kurze Incubationszeit zeigt zur Genüge, dass der Ether an der Lungenaffektion keine Schuld trägt. CZERNY und andere haben ähnliche Pneumonieen nach Chloroform und SCHLEICH'scher Lokal-Anæsthesie beobachtet.

Prof. J.-L. REVERDIN: hat nur wenige Fälle von Broncho-Pneumonie erlebt, die man auf den Ether zurückführen konnte.

Dr. LARDY: ist Anhänger des Chloroforms; auf 3000 Chloroform-Narkosen, die er in Konstantinopel zu beobachten die Gelegenheit hatte, kam nur ein Todesfall.

Prof. MAYOR: ist für den Ether und zwar weniger gestützt auf die Statistik, als auf Experimente.

SCHIFF hat schon im Jahre 1864 gezeigt, dass das Chloroform ein Herzgift sei, während der Ether nur auf die Respirationsorgane einen ungünstigen Einfluss ausübe; daher auch die Misserfolge der Wiederbelebung nach Chloroformapplication und die häufigen Erfolge nach Ether-Verabreichung.

Prof. MAYOR: hat in letzter Zeit aufmerksam die mit Ether narkotisierten Patienten beobachtet und dabei constatiert, dass diese im Beginne der Narkose oft in ausgedehntem Maasse Speichel schluckten; nach einer gewissen Zeit werden die Schluckbewegungen seltener, während die

[1] *Anmerkung:* Siehe unter *Originalartikel,* pag. 21, Prof. JULLIARD, Anesthésie par l'éther.

Hypersekretion der Speicheldrüsen anhält; jetzt tritt das Trachealrasseln in Scene.

Dr. PATRY: hat während 2 Semestern, die er in Strassburg verbrachte, 3 Chloroformtodesfälle gesehen; ein vierter Fall erlebte er an der JULLIARD'schen Klinik; was die Ethertodesfälle anbetrifft, so hat er einen einzigen Fall in Erinnerung, obwohl er 10mal mehr Ether-Narkosen beigewohnt.

Dr. MACHARD: frägt an, ob anwesende Aerzte vielleicht beobachtet hätten, dass bei Ether-Zufällen die Patienten schlechte Zähne oder chronische Stomatitiden gehabt hätten. VAN CALCARS aus Amsterdam hat darüber eine interessante Arbeit veröffentlicht, basiert auf Tierexperimente, aus denen er für die Praxis folgende Schlüsse zog:

Vor der Narkose muss die Mundhöhle sorgfältig gereinigt werden; der Patient muss in Beckenhochlagerung verbracht werden; der Kopf dabei tief gelagert werden.

Seitdem VAN CALCARS diese Vorsichtsmassregeln befolgt, hat sich die Zahl der post-operativen Pneumonien beträchtlich vermindert.

Dr. KUMMER: hat nach mehr als 2000 Etherisationen nie sofort eintretende Zufälle gesehen, dagegen bei einer weit geringeren Anzahl von Chloroform-Narkosen 2 Todesfälle erlebt.

Dr. E. MARTIN: hat während 13 Jahren mehr als 1200 Ether-Narkosen bei Kindern im Alter von 15 Tagen bis 14 Jahren ohne Unglücksfall ausgeführt. Ein einziges Mal (Hasenscharte und Wolfsrachen) erlag ein Kind am 4. Tage post operationem einer infektiösen Pneumonie.

Prof. J.-L. REVERDIN: zieht bei Kindern gewöhnlich das Chloroform in Anwendung; wenn der Ether bei Kindern etwas in Misskredit kam, so war dies wohl auf die Untersuchungen von TRIPIER zurückzuführen, der die Beobachtung machte, dass der Ether bei jungen Tieren *Krisen von Apnoë* herbeizuführen vermöge.

Dr. LARDY: ist der Ansicht, dass der Ether die Abkühlung des Körpers mehr begünstigt, als das Chloroform; daher die Lungen-Complicationen.

Prof. JULLIARD: macht noch auf die Art und Weise der Ether-Applikation aufmerksam, damit die Schleimhäute nicht gereizt würden.

Anmerkung des Referenten: Ich habe ebenfalls ***zwei Chloroformtodesfälle*** mit erlebt; ***bei dem ersten Falle*** handelte es sich um eine Patientin, die eine kleine Nachoperation zu bestehen hatte; während der Hauptoperation hatte die betreffende Kranke das Chloroform gut ertragen, wie dann nach einigen Wochen der Versuch gemacht wurde, in Chloroform-Narkose die nicht « per primam intentionem » ge-

heilte Wunde zu schliessen, ging Patientin zu Grunde, nachdem sie etwa 60 Tropfen Chloroform eingeatmet hatte. — *Im zweiten Falle* handelte es sich um eine heruntergekommene, ascitische Patientin, bei der man besser jedes Anæstheticum verbannt hätte.

Eine interessante Arbeit aus dem *physiologischen Institut* des Herrn Prof. Kronecker in Bern verdient hier kurz resumiert zu werden: Dr. S. Schmidt: *Ueber Veränderungen der Herzganglien durch Chloroformnarkose.* Schmidt bespricht eingehend folgende Themata: Theorien der Chloroformnarkose; Wirkung des Chloroforms auf das Blut und den Kreislauf; Veränderungen der Ausscheidungen durch Chloroformierung; Unmittelbare Wirkung der Chloroformdämpfe auf Athmung und Herz; Fettige Degeneration verschiedener Gewebe infolge von Chloroformnarkose; Abhängigkeit der Wirkung des Chloroforms von Konzentration und Dauer der Narkose.

Im *experimentellen Teil* kommt Schmidt auf die *pathologisch-anatomischen Veränderungen nach der Chloroform-Narkose* zu sprechen und interessiert uns vor allem die « *Histologische Untersuchung durch die Narkose veränderter Herzganglien:*

« *Im Gegensatz zum Herzmuskel, welcher selbst nach mehrfach wiederholten Narkosen, verhältnissmässig wenig verändert ist, lassen sich an den Herzganglien meist schon nach einmaliger Chloroformierung, ausgesprochene Degenerationserscheinungen nachweisen.* »

Die Degenerationen der Ganglien können so intensiv sein, dass sie ersichtlich den Chloroformtod zu verursachen im Stande sind. Die Wirkungen sind cumulativ.

Die *Narkosen* mittels *Aetherdampfes* üben nach den Schmidt'schen Beobachtungen keinen schädigenden Einfluss auf die Herzganglien aus und sind daher insofern den Chloroformnarkosen entschieden vorzuziehen.

Die äusserst lehrreiche Arbeit von Schmidt (Zeitschrift für Biologie) sei ganz besonders allfälligen Chloroform-Anhängern zur Lektüre bestens empfohlen.

Prof. J.-L. Reverdin:

Tuberkulose der Brust.
Tuberculose du sein.

(Revue médicale de la Suisse romande, Nr. 5, page 457. 1902.)

Mädchen von 15 Jahren; wurde schon vor zwei Jahren wegen vergrösserter Drüsen in der linken Achselhöhle behandelt; im Dezember 1901 traten die vergrösserten Drüsen abermals in Scene und bildete sich ein « kalter Abscess ». Der Fall ist deshalb interessant, weil die Lymphdrüsen zuerst erkrankten. Reverdin hat bereits früher einen hiehergehörenden Fall publiciert.

Carcinoma uteri.
Une tumeur du corps de l'utérus présentant les caractères macroscopiques de l'épithéliome cylindrique.

(Ibid.)

Es handelt sich um einen Krebs der Portio vaginalis; Uterus stark vergrössert. Die Vaginalexstirpation scheint wegen der Grösse des Organes unmöglich und die abdominale Hysterectomie wegen der Gefahr der Peritonealinfektion nicht indiciert. Reverdin operierte zuerst *von der Vagina* aus: Umschneidung des Collums; Ablösen der Blase; Fassen der Uterina. Laparotomie. Abbinden des Lig. latum; Exstirpation des Uterus durch die Abdominalwunde; ein kleiner Anteil des Collum wird von der Vagina aus exstirpirt.

Reverdin erwähnt weiter einen von ihm operierten Fall von Corpus-Carcinom. Vaginale Hysterectomie vor 14 Jahren. Patient blieb gesund.

Dr. Kummer:

Tuberkulose der Brust.
Tuberculose mammaire.

(Ibid.)

16jähriges Mädchen, seit dem 6ten Lebensjahre spina ventosa am rechten Ringfinger etc. etc.; bei der Operation zeigt sich tuberkulöse Infiltration. Tuberkelbacillen; bei einem zweiten von Kummer operierten Falle bestand zur gleichen Zeit Tuberkulose der Brust und der dazugehörenden Ganglien.

Es handelte sich wohl in beiden Fällen um eine Tuberkulisation der Brust durch einfachen Kontakt benachbarter tuberkulöser Organe.

Imperforation des Anus bei einem Neugeborenen.

(Ibid.)

Am zweiten Lebenstage wird ein lateraler, iliakaler Anus angelegt. Exitus sechs Monate später an Broncho-Pneumonie; bei der Autopsie fand man im Endabschnitte des S. romanum einen enorm grossen Stercolithen.

Exclusion von Darmabschnitten.

1. 49jährige Frau mit Symptomen von Darm-Obstruction; inoperables Cœcumcarcinom-Enterostomie. Verschwinden der Ileusymptome. Tod infolge allgemeiner Verbreitung des Krebses.

2. 55jährige Frau, chronischer Ileus, Laparotomie; Krebs des kleinen Beckens, der seinen Ausgang wahrscheinlich von den Geschlechtsorganen genommen hat. Anus præternaturalis.

3. 44jährige Jungfrau; chronischer Ileus; Laparotomie. Krebs des Colon. Exstirpation. Tod nach einem Jahr.

4. 32jährige Jungfrau; chronischer Ileus; Laparotomie. Tuberkulose des Cœcum; 3. Strikturen. Exstirpation des Cœcum und von ca. 90 cm Ileum. Heilung.

Prof. A. Reverdin:

Apparat für Operirte mit anus præternaturalis.
Appareil destiné aux opérés d'anus artificiel.

(Revue médicale de la Suisse romande. Nr. 6, pag. 490. 1902.)

Beistehende Abbildungen erläutern in deutlicher Weise den von Reverdin construierten Gürtel, der bereits von 5 Operirten getragen wird, die sich nur lobend darüber ausgesprochen. Collin in Paris ist der Fabrikant.



Fig. 55.



Fig. 56.

Prof. A. Reverdin:

Uterusfibrom.
Fibrôme utérin.

(Ibid. pag. 494.)

58jährige Frau, die seit 2-3 Jahren an starken Blutungen leidet. Uterushöhle 12 cm. Nach Eröffnung des Abdomens wird das Fibrom mit

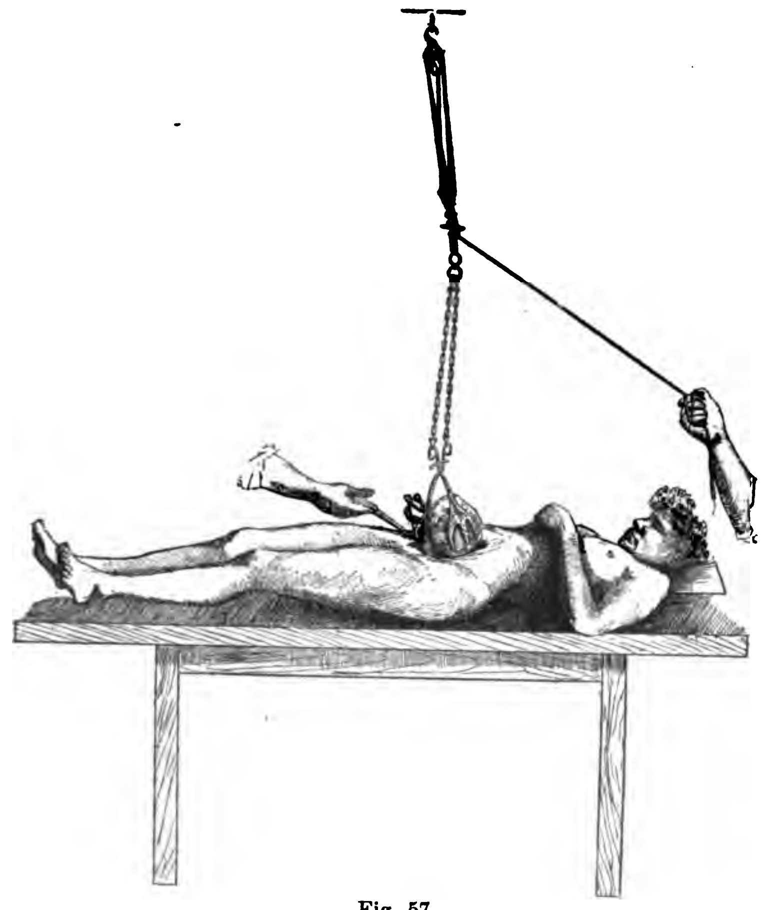


Fig. 57.

dem von A. Reverdin konstruierten Apparat aus dem Becken herausgehoben (Fig. 57). Bei der Durchtrennung der Vagina befand sich dieselbe im Niveau der Musc. recti; dass unter solchen Umständen die

Unterbindung der Art. uterinæ eine sehr leichte ist, ist einleuchtend. A. Reverdin empfiehlt neuerdings seinen Apparat.

Anmerkung: Siehe *Gynæcologia Helvetica I,* pag. 49: Prof. A. Reverdin: Ueber Traktionen am fibromatösen Uterus im Verlaufe von totalen abdominalen Hysterectomieen.

Prof. B. S. Schultze: Reverdin's Vorrichtung zur Erleichterung der Exstirpation grosser Unterleibstumoren. Centralblatt f. Gyn. 1893. Nr. 6.

Dr. Beuttner: A. Reverdin's Suspensions-Vorrichtungen auf chirurgischem Gebiete. Wiener Medizinische Presse. 1897. Nr. 10.

Dr. Gampert:

Geburt bei einem durch Coxalgie schräg verschobenen Becken.
Accouchement dans un bassin coxalgique.
(Ibid. pag. 496.)

Rechtsseitige Coxalgie: Rechte Beckenhälfte abgeplattet; linke Beckenhälfte geräumiger, als normal. C. diag. 7 $^1/_2$ cm. Sehr langsame Dilatation. I Schädellage; sehr langsamer Eintritt des Kopfes in die Beckenweite. Zange. Kind lebend, 3000 gr., enorme Kopfgeschwulst.

Anmerkung: Bumm gibt in seinem « *Grundriss zum Studium der Geburtshülfe* » eine ganz vorzügliche Abbildung eines durch rechtsseitige Coxalgie schräg verschobenen Beckens. Hier ist die der Coxalgie angehörige Beckenhälfte die geräumigere. Bezüglich des « *Geburtsverlaufes* » sagt Bumm: « Nur selten ist beim asymmetrischen Becken die Verschiebung eine so hochgradige, dass sie für sich allein ernstliche Störungen der Geburt herbeizuführen vermag ».

Dr. Kummer:

Zur Behandlung der Fibrome kompliziert mit Schwangerschaft.
Le Traitement des fibromyomes compliqués de grossesse. *
(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 7, pag. 576, 1902.)

In der Mehrzahl der Fälle hat man nicht nötig einzugreifen; immerhin soll eine Hauptindikation zum operativen Einschreiten der «Schmerz»

* *Anmerkung:* Siehe unter « *Ausländische Litteratur* »: V. Bué: Hystérotomie et Hystérectomie en Obstétrique.

V. Bué behandelt im achten Kapitel seines Buches in ausführlicher Weise: Les indications de l'hystérotomie et de l'hystérectomie dans les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement, pag. 173.

bilden, der bei rascher Volumszunahme des Fibroms sich einstellt; auch degenerative Processe in den Geschwülsten «post partum» fordern chirurg. Hilfe. Kummer hat 3 hierhergehörige Fälle beobachtet.

1. 34 jährige Frau; grosses, im Becken eingeklemmtes Fibrom; starke Schmerzen, schlechter Allgemeinzustand. Totale, abdominale Hysterectomie. In der Uterushöhle ein 2 Monate alter Fœtus. Schwangerschaft war nicht vorher diagnostiziert worden.

2. 34 jährige Frau; schwanger im 4. Monat; multiple Fibrome, von denen eines sehr schnell an Volumen zunimmt. Schmerzanfälle. Totale, abdominale Hysterectomie.

3. 28 jährige Frau, vor 3 Monaten geboren; ein voluminöses Fibrom nahm rasch an Umfang zu. Starke Schmerzen, bettlägerig. Totale, abdominale Hysterectomie.

Diskussion:

Prof. J.-L. Reverdin: hat eine Frau beobachtet, die trotz eines grossen Fibroms am normalen Schwangerschaftstermin gebar und die 23 Jahre später das Fibrom spontan zu Tage förderte.

Prof. Bard: Die Volumszunahme der Fibrome während der Gravidität stammt von der Entwicklung von Muskelfasern her, die parallel derjenigen des Uterus vor sich geht.

Dr. Lardy: erwähnt zwei Fälle, bei denen die Diagnose «Fibrom» gestellt worden war, während es sich doch nur um einfache Schwangerschaft handelte.

Dr. de Seigneux: erinnert sich mehrerer Fälle, bei denen die Fibrome im Beginne der Schwangerschaft im Becken eingekeilt waren und man sich fragte, soll operativ eingeschritten werden, wo dann aber die Fibrome manuell oder spontan leicht nach oben auswichen.

Dr. Gœtz:

Kongenitaler Hydrocephalus.
Hydrocéphalie congénitale.

(Ibid. pag. 578.)

Geburt am normalen Schwangerschaftstermin, ohne Kunsthülfe; der Kopf war gross, doch schenkte man seinen Dimensionen keine weitere Aufmerksamkeit. Jetzt 11 Monate nach der Geburt ist der Kopf enorm

und es handelt sich darum, ob man event. eine intracranielle Punktion machen soll.

Diskussion:

Dr. Audeoud: führt aus, dass nach den Angaben von Fournier, Vater und Sohn, in 60 % der Fälle die Syphilis mit im Spiele ist; es muss daher die spezifische Therapie immer versucht werden. Die Lumbar-Punktion ist der craniellen Punktion vorzuziehen.

Prof. Julliard: Die Punktion als solche kann keine Heilung herbeiführen; es muss die wahre Ursache der Krankheit gesucht und darnach therapeutisch vorgegangen werden.

Anmerkung des Referenten: In einem Falle von *congenitalem Hydrocephalus* bei einem Mädchen bin ich folgendermassen verfahren: ich habe dem Mädchen vermittelst Binden und Gyps eine Kappe geformt; nachdem diese vollständig am Kopfe getrocknet war, wurde sie entfernt und durch Ausschneiden eines ca. 2 cm. breiten, sagitalen Streifens in zwei Hemisphären geteilt; diese wurden nun täglich vermittelst einer langen elastischen Binde am Kopfe befestigt; wodurch ein allseitiger, konstanter Druck auf den Schädelinhalt ausgeübt werden konnte. Der Schädelumfang konnte nicht vermindert werden, dagegen ist er auch nicht wesentlich grösser geworden und das Mädchen ist sehr intelligent geblieben.

Medizinische Gesellschaft des Kantons Neuenburg.
Société médicale neuchâteloise.

Dr. Matile und Dr. Bourquin, La Chaux-de-Fonds:

Alter Uterusprolaps. Fall auf den Rücken. Evisceration durch die Scheide. Reduktion. Heilung.
Prolapsus invétéré de la matrice. Chute sur le dos. Eviscération par le vagin. Réduction. Guérison.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 2, pag. 169, 1902.)

Es handelt sich um eine 62 jährige Frau, mit altem Uterusprolaps, mit polycystischem Kropf und Mitralinsufficienz, die am 7. Sept. 1901 in der Strasse auf den Rücken fällt. Sofort nach dem Unfall verliert Pat. Blut (per vaginam) und fühlt durch die Kleider hindurch zwischen den Oberschenkeln eine leicht bewegliche Masse.

Die beiden zugezogenen Aerzte finden die Verunglückte blutend im Bett; ein schmutziges Hemd bedeckt einen prolabierten, ulcerierten und hypertrophierten Uterus. (Cystocele und mehrere kleine subseröse Fibrome.)

Nach hinten vom Uterus findet man Darmschlingen von dem Volumen eines Kinderkopfes von 10 Jahren. Gründliches Abwaschen der Darmschlingen (1 Meter 50 cm.) mit physiologischer Kochsalzlösung. Beim Versuch, die prolabierten Därme zu reponieren, schreit Pat. dermassen, dass immer mehr Schlingen zum Vorschein kommen; daher Narkose. Die Reduktion des vorgefallenen Uterus und der Darmschlingen gelingt jetzt leicht. Im hinteren Scheidengewölbe konstatiert man eine 4 Finger breite Rupturstelle. Drainage des Douglas und Jodoformgazetamponade der Scheide.

Leichte peritonitische Anfälle zeigen sich in den folgenden Tagen; mit dem 17. Sept. tritt definitive Besserung ein; 3 Wochen «post operationem» kann die Pat. das Bett verlassen, die Konvalescenz aber macht nur langsam Fortschritte.

Uterus auf Vulva-Höhe; im hintern Scheidengewölbe eine gespannte, strahlenförmige Narbe.

Medizinische Gesellschaft des Kantons Waadt.
Société Vaudoise de Médecine.

Dr. Centurier:

Geburt im hypnotischen Schlaf.
Accouchement avec hypnotisme.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 7, pag. 573, 1902.)

32 jährige Mehrgebärende; Wehenschwäche. Es gelang nun Centurier nach und nach vermittelst Suggestion Wehen zu provozieren; die Dilatation ging normalerweise vor sich und beim Durchtritt der «todten» Frucht, verspürte die Gebärende keine Schmerzen.

Prof. Roux:

Zur Frage der Appendicitis.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 11, pag. 787, 1902.)

Die *Prophylaxe* ist von grosser Bedeutung: Diæt; der Chirurg geht radikal vor, indem er rebellische Apendices definitif unterdrückt. Die ersten 600 Fälle, die von Roux «à froid» operiert worden waren, wiesen ca.

3000 Attaquen auf. Bei diesen letztern spielen *Mikroorganismen* eine Hauptrolle, während ein event. Kotstein die Krisis verschlimmert, die Nekrose lokalisiert und das Recidiv begünstigt. Die *Heredität* spielt mehr und mehr eine untergeordnete Rolle. Man beobachtet *Epidemien* von Appendicitis; dagegen ist die Seltenheit dieser Affektion beim Typhus zu konstatieren.

Roux weist die Anschuldigung, die Bourget[1] erhoben, zurück, dass die Chirurgen durch Opiumverabreichung die Appendicitisfälle vermehren. Das Opium ist nur dann gefährlich, wenn es bei der Pseudoappendicitis (Kotstase) verabreicht wird.

Der Anfall selbst besteht in der Anwesenheit einer Phlegmone, die zur Nekrose, zur Bildung von Adhærenzen, zur Formation von Abknickungen und bei Gegenwart eines Kotsteines zur Perforation führen kann. Roux[2] zeigt typische Bilder der verschiedenen Formen:

«*On ne peut guérir définitivement l'appendicite par aucun procédé autre que l'opération, car des schémas montrent l'état d'un appendice guéri après une ou plusieurs crises, et des microbes persistent dans toutes les cicatrices, dans les moignons isolés, etc.*»

Keine Diætvorschriften, keine Toilette der Därme kann diese Microorganismen, immer bereit zu recidivieren, erreichen. Während der Anfälle selbst können wir ebenfalls mit Medikamenten die «Colibacillen» nicht beeinflussen.

Diskussion:

Prof. Bourget: Es giebt eine grosse Anzahl von Fällen, die noch keine eigentlichen Typhlitiden sind, die es aber in der Folgezeit werden können; hier soll der Interne unumschränkt walten und schalten. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Perityphlitis seit der operativen Periode zugenommen hat. Ein leichtes Abführmittel (Ol. Ricini) und das Auswaschen des Cœcums sind der Administration von Eis und Opium entschieden vorzuziehen.

Wenn es Perityphlitiden giebt, die ihren Ausgang von Proc. vermif. nehmen, wie viel mehr giebt es die das Cœcum als Ausgangsstätte haben?

Also soll während des Anfalles der Interne wieder zu Rate gezogen werden; niemand wird es aber dem Chirurgen verübeln, wenn er in der anfallsfreien Zeit die Resektion des Wurmfortsatzes ausführt.

1 Bourget: Die medicinale Behandlung der Perityphlitis. *Gyn. Helvet. II*, pag. 1.
2 Roux: Quelques schémas d'appendices observés «à froid». *Revue Méd. de la Suisse Romande.* N° 12. 1902.

Prof. Revilliod: Was findet man bei den Autopsien von Individuen, die früher an Typhlitis gelitten? Man findet den Proc. vermif. leer; man konstatiert spontane Heilungen; man sollte eine Statistik darüber herbeibringen, wie viel gesunde Appendices man in Cadavern findet.

Dr. Muret:

Kongenitale und erworbene Anomalien der weiblichen Genitalien. Anomalies congénitales et acquises des organes génitaux de la femme.

(Ibid. pag. 795.)

1. *Hæmatocolpos.* Bei einem 11jährigen Mädchen, früher Masern, breite Atresie im untern Drittel der Vagina. Incision. Muret führt diese Affektion auf die Masern zurück.

2. *Vagina duplex; Uterus bicollis unicorporeus.* Bei einer Frau, die an Dysmenorrhœ und Sterilität litt. Incision der Vaginalscheidewand. Dilatation des rechten Collum. Ein Jahr später Geburt.

3. *Vagina et uterus duplex; Pyocolpos lateral.* Mädchen von 16 Jahren, menstruiert seit einem Jahre. Die eine Vagina blind endigend. Incision. Eine grosse Menge Eiter. Kongenitale Missbildung.

Diskussion:

Prof. Roux: Hat einige analoge Fälle beobachtet, wo der postkongenitale Ursprung ausser jedem Zweifel stand.

Dr. Pérusset: Weiss von zwei Fällen von *Vagina duplex* bei Negerinnen zu berichten.

Dr. Muret: Weist darauf hin, dass bei Mädchen nach der Geburt hie und da Blutungen « ex vagina » beobachtet werden; es handelt sich um Epitheldesquamation der Vagina, die Atresien herbeizuführen im Stande sei.

Dr. Wanner:

(Ibid. pag. 796.)

Demonstriert einen Fœtus, bei dem die Nabelschnur fest um einen Arm geschlungen ist. Die Möglichkeit einer *intrauterinen Amputation* ist hier auf das Deutlichste bewiesen.

Werthbühlia (Ct. Thurgau).

Mai-Sitzung, 1902.

Dr. DEBRUNNER, Frauenfeld:

Ueber zwei Paraffin-Injektionen nach Gersuny.

(Protokoll-Auszug von Herrn Dr. MAX HAFFTER in Berg.)

1. *Harnröhrendefekt* einer im Klimax stehenden Patientin, die seit dem Jahre 1873, nach schwerer Zangengeburt, an Incontinentia urinæ litt, welch letztere mehreren Operationen trotzte. — Das Tragen von Pessarien milderte das Uebel, führte aber zu Scheidenprolaps, den DEBRUNNER im Jahre 1894 durch Colporrhaphie und Dammplastik beseitigte. — Damals notierte *D.*, dass die vordere Hälfte der Harnröhre vollständig mangle, der Rest direkt in die Scheide münde und die Einführung eines Fingers gestatte. Ein eigens konstruiertes federndes Pessar konnte wenigstens nachts den Urin zurückhalten.

Im Oktober 1901 versuchte DEBRUNNER die Paraffin-Injektionen und bildete durch Einspritzung von je $1^1/_2$ Gramm in die Submucosa rings um den Harnröhren-Rest nach 4-5 Injektionen einen Paraffinring, der zur *Heilung der Inkontinenz* führte.

2. *Haarförmige Blasenscheidenfistel* entstanden nach der letzten von 4 schweren Geburten; die sehr feine Fistel konnte nur mit Milcheinspritzung in die Blase nachgewiesen werden. — Ende November 1901 machte DEBRUNNER 2 mal eine Paraffin-Injektion um die Fistel herum, ebenfalls mit Erfolg.

DEBRUNNER hielt sich genau an GERSUNY's Vorschriften. Paraffin von 40° Schmelzpunkt liefert sterilisiert das schweizerische Sanitätsgeschäft in St.-Gallen.

---

12 ter klinischer Aerztetag in Zürich.

Prof. U. KRÖNLEIN:

Ueber Nierentuberkulose.*

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 9, 1902.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung der Nierenchirurgie seit GUSTAV SIMON (1869), bespricht KRÖNLEIN auf Grund

* *Anmerkung:* Siehe pag. 84, die aus der KRÖNLEIN'schen Klinik stammende Arbeit über « Nierenchirurgie » von Dr. M. O. WYSS.

seiner eigenen Erfahrungen die Nierentuberkulose in ætiologischer, pathologisch-anatomischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung.

38 Fälle mit 29 Operationen kommen in Betracht. Die Tuberkulose ist also unter KRÖNLEIN's Material von Nierenaffektionen mit ca. 32 % vertreten.

KRÖNLEIN giebt seine persönlichen Erfahrungen in folgenden Sätzen wieder:

1. « Es giebt eine *einseitige, protopathische* Nierentuberkulose.

2. *Viel häufiger* freilich als diese protopathische Nierentuberkulose *ist die deuteropathische*, d. h. eine Tuberkulose der Niere bei vorausgegangener oder noch bestehender Tuberkulose anderer Organe des Körpers.

3. Auch die *deuteropathische* Nierentuberkulose ist *häufiger eine einseitige,* als eine beidseitige.

4. Mit Bezug auf die *Lokalisation* der Tuberkulose *im Bereiche des Harnapparates* ist die Nierentuberkulose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als die *primäre* Erkrankung zu betrachten.

5. Von der Niere aus kann die Tuberkulose sich auf *descendierendem Wege auf Ureter, Blase* etc. verbreiten, also sekundär diese Organe in Mitleidenschaft ziehen.

6. Ein sicherer Beweis für eine *ascendierende Nierentuberkulose* ist unter unserem ganzen Material nicht aufzubringen.

7. *Die Nierentuberkulose kommt entschieden viel häufiger beim weiblichen Geschlecht vor, als beim männlichen.*

8. Sie befällt ferner *häufiger die rechte Niere,* als die linke.

9. *Das dritte und vierte Lebensdecennium* ist bei der Nierentuberkulose am häufigsten vertreten.

10. *Pathologisch-anatomisch* überwiegt weitaus unter unserem Material die eigentliche *Nierenphthise, die Nephritis tuberculosa caseosa oder cavernosa.*

11. Viel seltener ist die Nierentuberkulose auftretend in Form *ausserordentlich zahlreicher linsen- bis erbsengrosser, noch nicht verflüssigter Knoten, besonders in der Rinde und unter der Tunica fibrosa;* daneben findet sich ab und zu noch eine frische Aussaat miliarer Tuberkeln.

12. Eine mehr *infiltrierende, wenig scharf gegen das gesunde Gewebe abgegrenzte Form* von Tuberkulose findet sich ebenfalls selten.

13. Dagegen haben wir *keinen einzigen Fall von primärer Nierentuberkulose* gefunden und ebensowenig die von ISRAEL beschriebene *ulceröse Form, oder Tuberkulose der Papillen.* »



Zum Schluss bespricht Krönlein noch die Resultate der *Behandlung resp. der Operation der Nierentuberkulose*, seine Erfahrungen sind speziell folgende:

Von den 38 Fällen von Nierentuberkulose wurden 9 nicht operiert: von diesen starben 7 früher oder später an ihrem Leiden; 2 Patienten dagegen heilten dauernd und lebten noch 3 resp. 7 Jahre nach der Entlassung ohne Erscheinungen des früheren Nierenleidens.

29 Fälle von Nierentuberkulose wurden operiert und zwar 5 Fälle mit Konservierung der Niere (2 Dauerheilungen) und 24 Fälle mit Exstirpation der tuberkulösen Niere.

Eine Dauerheilung wurde in 17 Fällen (70 %) konstatiert.

V.

Mitteilungen aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshülfe und Gynækologie.

A. Originalarbeiten.

Dr. Bær, Zürich:

Ein weiterer Beitrag zu den kolibacillären Infektionen des Kalbes.

(Schweizer Archiv für Tierheilkunde, XLIV. Bd., 5. Heft, 1902.)

Es ist die Ansicht allgemein, dass das Bacterium coli commune der Haupterreger der Phlebitis umbilicalis und der Polyarthritis der Kälber sei. Besonders in den Arbeiten von Zschokke und Hess wird auf eine Reihe von Komplikationen, wie Erblindung, Cerebrospinalmeningitis, Pleuritis, Peritonitis etc., welche im Verlaufe der Kolibacillosis auftreten können, aufmerksam gemacht. Es wurde aber nicht für alle diese metastatischen Krankheiten der Beweis, dass es sich wirklich um eine spezifische Koliinfektion handle, durch die bakteriologische Diagnose erbracht, und sollen daher zwei persönliche Beobachtungen eingehendere Erwähnung finden.

I. *Cataracta totalis.* Autopsie: Nabel vollständig intakt. Milz beinahe um's dreifache vergrössert. Endocardium und Klappen intakt. *Doppelseitige* weissgraue *Trübung der Linse.*

Da aus der Sektion die direkte Todesursache nicht ermittelt werden konnte, musste die *bakteriologische Untersuchung* vorgenommen werden, die zur Annahme drängte, dass das Bacterium coli *(Bacterium coli β polaris Lehmann und Neumann)* als Todesursache figuriere. Einzig die Augen zeigten die Erscheinungen einer entzündlichen Reaktion, obwohl die Mikroben in allen Körperteilen anzutreffen waren. Die Eingangspforte der Pilze war nicht erkennbar; dieselbe dürfte wohl im Darmkanale gelegen haben.

II. *Icterus (Cholæmie) des Kalbes.* Aus dem städtischen Schlachthaus werden öfters Präparate vom Kalb zugesandt, deren patholog.-anato-

mische Veränderungen auf einen hochgradigen Icterus hinweisen. Die *bacteriologische Untersuchung* der erkrankten Organe ergab auch hier wieder das Bacterium coli β polaris.

Die Cholæmie würde zurückzuführen sein auf eine fettige Degeneration der Leberzellen unter dem Einfluss der von den Colibakterien gebildeten Toxine.

Prof. EHRHARDT, Zürich:

Zur Kastration weiblicher Hunde.

(Schweizer Archiv für Tierheilkunde, XLIV. Bd., 4. Heft, 1902.)

Im statistischen Jahresbericht über den Tierspital Zürich pro 1901 sind 50 Fälle von Kastration weiblicher Hunde angeführt; die Mortalität dieser Operation beziffert sich noch auf 10 % (Verblutung, Sepsis). In der Folgezeit wurde behauptet, dass die Tiere doch noch hie und da brünstig werden können; es ist jedoch kein Fall bekannt, wo die Brunst aufgetreten wäre, nachdem die Entfernung der Ovarien eine vollständige war. Dass es sich bei den wieder brünstig werdenden, ovariotomierten Hündinnen nicht um die Wirkung der Psyche handelt, geht daraus hervor, dass solche auch wieder konzeptionsfähig werden; es wurden also wohl Ovarialreste zurückgelassen; durch die Kastration werden nach den Erfahrungen von EHRHARDT weder Temperament, noch Leistungsfähigkeit, noch Lebensdauer nennenswert beeinflusst.

Folgt die Operationstechnik der Ovarien-Exstirpation. Angeregt durch eine Arbeit von Tierarzt M. BERTSCHY in *Düdingen* wurde in 7 Fällen folgendermassen vorgegangen:

« Bauchschnitt, Aufsuchen der Uterushörner und Vorziehen der Ovarien; diese wurden nun oberhalb mit dem Ligaturhaken umstochen und mittelst einer kräftigen Seidenligatur das Eierstockband unterbunden. Ovarien und Uterus blieben vollständig intakt und waren einfach wieder in die Bauchhöhle versenkt worden. »

Die Begründung dieses Vorgehens war die, dass man glaubte, durch die Unterbindung des Eierstockbandes, bezw. der Eierstockgefässe eine Degeneration (Atrophie) der Ovarien veranlassen zu können.

Noch vor Ende des Jahres erfolgte von sämtlichen Hundebesitzern die Mitteilung, dass die Hunde wieder brünstig geworden seien; ein Hund war sogar gravid geworden.

Drei Hunde wurden nach 4-5 Monaten zur nochmaligen Kastration eingeliefert. Bei diesen waren die Ovarien hypertrophisch, um's 3-4 fache vergrössert und mit verschiedenen Cysten durchsetzt.

B. Mitteilungen aus der Praxis.

Tierarzt C. Eggmann, Amrisweil:

Zitzenstrikturen bei Kühen.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLIV. Bd., 1. Heft, pag. 29.)

Stenosen und Atresieen des Strichkanals begegnet man oft in der Praxis. Das teilweise oder totale Hindernis des Milchabflusses findet die ursächlichen Momente in *entzündlichen* und *krampfartigen Zuständen*. Vielfach sind alle 4 Striche des Kuheuters ergriffen, meistens nur zwei oder auch blos einer.

Die *entzündlichen Affektionen* dieser Zitzenstrikturen sind entweder *traumatischer* oder *infektiöser* Natur.

Dr. A. Wilhelmi, Muri:

Ein Geburtshinderniss. — Enorme Vergrösserung der Nieren.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, XLIV. Bd., 1. Heft, pag. 32.)

Ohne Kunsthülfe trat nach wenigen Wehen der Kopf, sowie die vorderen Extremitäten in normaler Lage aus den Geburtswegen heraus; da die Geburt keine Fortschritte mehr machte (nicht weniger als vier kräftige Männer schickten sich an, das Junge herauszuziehen), so wurde der Tierarzt gerufen. Der ganze Fœtus wird in den Fruchthälter zurückverbracht; bei der nun vorgenommenen Untersuchung fand man den Hinterleib des Jungen stark vergrössert, herrührend von zwei mächtigen, leicht in demselben verschiebbaren, derben Körpern; diese werden in eine hintereinanderliegende Stellung gebracht und vollzog sich die Geburt mit Leichtigkeit.

Die *Sektion* ergab, dass die Nieren um das zehnfache vergrössert waren. Die histologische Untersuchung von Herrn Prof. Dr. A. Guillebeau ergab: enorme Hyperplasie der Nierenrindensubstanz mit gleichzeitiger Aplasie der Nierenmarksubstanz.

C. Dissertationen.

Dr. S. Lempen, Riggisberg:

Torsio uteri gravidi.

Aus der ambulatorischen Klinik der veterinär-medizinischen Fakultät in Bern: Prof. Dr. Hess.

(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1902.)

In der Praxis begegnet der Tierarzt hauptsächlich zwei Lageveränderungen der Gebärmutter, nämlich der *Torsio uteri*, welche ante partum und dem *Prolapsus uteri*, welcher post partum sich einstellt.

Unter Torsio uteri versteht man eine am häufigsten beim Rind, seltener beim kleinen Wiederkäuer — Ziegen und Schafen —, sehr selten beim Pferd vorkommende, nach rechts und links erfolgende Drehung der trächtigen Gebärmutter um ihre Längsachse.

In Bezug auf Richtung und Grad der Torsion, die Einschnürung, den Verlauf der Falten, die Folgen, Symptome, Zeit des Entstehens, Aetiologie, pathologische Anatomie, Differentialdiagnose, Prognose und Therapie bestehen noch zahlreiche Lücken, deren wenigstens teilweise Ausfüllung der Zweck vorliegender Arbeit sein soll.

Zuerst wird die vorliegende Litteratur einlässlich besprochen und eingehend der Arbeit von Prof. Ehrhardt in Zürich gedacht: « *Neue Anschauungen über die Versio (Torsio) uteri beim Rind* ».

Weiter folgt ein Kapitel über « *Topographische Anatomie* ».

Die *Torsio uteri* kommt bei den Haustieren, im Gegensatz zum Menschen, nur wenn jene trächtig sind, vor. In der Litteratur findet man bis jetzt keinen einzigen Fall von Torsio uteri gravidi beim Weibe (Mösching). Die wagrechte Stellung der Tiere erlaubt dem axial gelegenen Uterus nicht, in eine Ante- oder Retroflexion zu gelangen; wohl aber muss bei vorgeschrittener Trächtigkeit eine Anteflexion eintreten. Die Rotation des trächtigen Uterus um seine Längsachse kann sowohl nach rechts, als nach links stattfinden. Lempen glaubt die These aufstellen zu dürfen: *Die Torsio uteri kommt häufiger nach rechts als nach links vor.* — Durch die Drehung des Uterus werden die breiten Gebärmutterbänder gespannt und bei jeder Drehung, die 90° übersteigt, schnüren sie diejenigen Teile, welche von der Drehung hauptsächlich betroffen werden, ein. Infolge davon können im Stromgebiete des Uterus

leicht Cirkulationsstörungen entstehen; dadurch Anhäufung von venösem, kohlensäurehaltigem Blut und eventuell Tod des Jungen durch Asphyxie.

Gewöhnlich handelt es sich um eine *Torsio uteri et vaginæ*, daneben giebt es aber auch eine sogen. *præcervikale Drehung*, die deshalb von grösstem Interesse ist, weil sie zumeist in einem früheren Stadium der

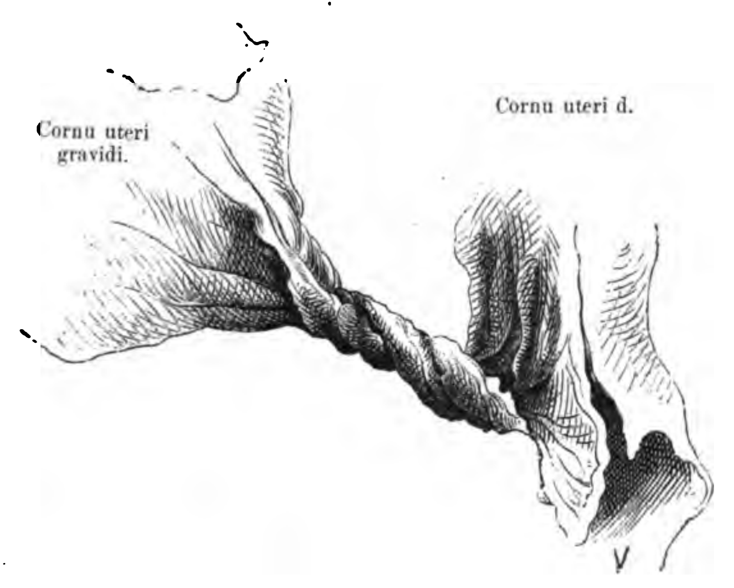


Fig. 58. Vagina.

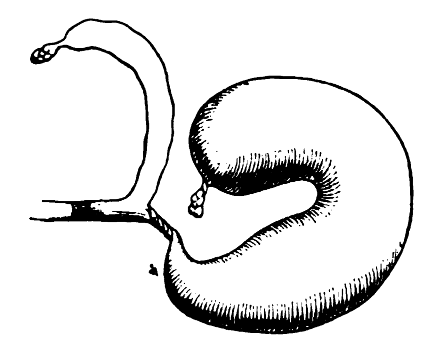


Fig. 59.

Drehung des linken Gebärmutterhornes um 360° nach rechts bei der Hündin.
Nach Präparaten von Prof. Dr. Guillebeau.

Trächtigkeit eintritt. Sie besteht in einer Drehung des Gebärmutterhalses, d. h. in einer Torsio uteri mit Ausschluss der Cervix, wobei die Einschnürung durch die breiten Gebärmutterbänder nur am Uteruskörper, d. h. præcervikal-abdominal erfolgt.

Eine weitere Form der Torsio uteri betrifft die *Drehung am Uterushorne: Torsio cornus uteri gravidi.* Es scheint diese Art meist nur beim Fleischfresser, der einen zweiteiligen Utérus mit nur sehr kurzem Körper besitzt, vorzukommen.

Soweit bekannt, geht nur das eine Horn die Drehung ein, und es vollzieht sich dieselbe meistens am Uebergang des betreffenden Hornes in das andere. Viel seltener befindet sich die Drehung weiter kranialwärts.

Wir haben es also mit **mit drei Formen** *von Torsio uteri zu tun, von denen die erste, die Torsio uteri atque vaginæ, ungleich häufiger vorkommt und leicht zu diagnostizieren ist, währenddem die zweite Form, die Torsio am Uteruskörper, meist erst durch eine genaue Untersuchung vom Rectum aus, und die dritte, die Torsio cornus uteri, in den meisten Fällen erst am Sektionstisch festgestellt wird.*

Weitere Kapitel behandeln:
Die Zeit des Entstehens,
Die Aetiologie,
Die pathologische Anatomie,
Die Differentialdiagnose,
Die Prognose,
Die Therapie und
Die Kasuistik.
Es werden 214 einschlägige Arbeiten aufgeführt.

Anmerkung: Es soll nur mit wenigen Worten noch auf die gänzlich abweichenden Ansichten Ehrhardt's bezüglich der *Torsio uteri* eingegangen werden:

Prof. J. Ehrhardt, Zürich:

Neue Anschauungen über die Versio uteri beim Rind.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, Bd. XXXV., 6. Heft, 1893.)

Die bisherige Ansicht über das Wesen der Uterusverdrehung beruhte darin, dass man annahm, es handle sich um eine Drehung des Uterus um

ine Längsaxe; es findet jedoch nur eine Drehung des Uterus um seine ertikalachse statt; es ist eine einfache Wendung im Horizontalkreise, ie das trächtige Uterushorn um den vertikalen Gebärmutterhals macht iehe Fig. 60 und 61).



Fig. 60.
Scheide und trächtiger Uterus in normaler Lage.



Fig. 61.
Dasselbe mit 1/4 Wendung nach rechts.

EHRHARDT erachtet denn auch die Bezeichnung «Versio» (Wendung) utreffender als « Torsio » (Verdrehung).

Dr. G. W. SCHMID, Weissenhorn (Schwaben):

Beiträge zur Physiologie der Brunst beim Rinde.

Aus dem physiologischen Institut der veterinärmedizinischen Fakultät der Universität Zürich.

Druck der Akademischen-Buchdruckerei von F. Straub in München, 1902.)

Kaum irgend ein anderes Gebiet der Physiologie der Haussäugetiere st so wenig bearbeitet worden, als dasjenige der *Brunst.*

Zur Beantwortung gewisser Fragen hat Dr. SCHMID drei Wege eingeschlagen:

1. Die Bestimmung des zeitlichen Auftretens der Brunst durch die statistische Bearbeitung der kalendermässig notierten Brunstdaten

aus den kleinbäuerlichen Betrieben und aus Mitteilungen des landwirtschaftlichen Institutes Hohenheim.

2. Feststellung der inneren Vorgänge, hauptsächlich am Ovarium, vor, während und nach der Brunst durch klinische Untersuchung per rectum.

3. Mikroskopische Untersuchung der Ovarien, von solchen geschlachteten Tieren, von denen genaue Daten über die Aeusserungen ihres früheren Sexuallebens erhältlich waren.

Die Untersuchungsergebnisse sind am Ende der Arbeit sehr übersichtlich zusammengestellt:

I. Teil.

Die Brunst des Rindes in Hinsicht auf die Zeit ihres Auftretens.

1. Die Schwankungen in der Dauer der Brunstintervalle, wenn Conception nicht erfolgt ist, sind erheblich grösser, als bisher angenommen wurde. Am häufigsten fällt die Wiederholung der Brunst auf den 21. Tag (7,4%) und in dessen Nähe, 18—24 Tage mit (26,6%).

Die Brunstintervalle

von 6—30	Tagen	betragen	40,6 %
» 31—60	»	»	32,6 »
» 61—90	»	»	12,8 »
» 91 u. mehr	»	»	14 »

Das 28 tägige Brunstintervall beteiligt sich nur mit 1%.

Brunstintervalle von weniger als 18 (bis zu 6 Tagen) kommen 7,6% vor.

(Eine zweite Statistik über Rinder der Hohenheimer Herde gibt ähnliche, im Ganzen übereinstimmende Resultate.)

2. Die früheren Brunstzeiten scheinen durch das Anschwellen der Brunstziffer in einzelnen Monaten auch jetzt noch zum Ausdruck zu kommen.

3. Maximum der Brunst und Optimum für die Conception fallen nicht zusammen.

II. Teil.

Untersuchungen am lebenden Tier.

1. Der Graaf'sche Follikel kommt erst gegen das Ende der Brunst zum Platzen.

2. Das Corpus luteum erlangt in ca. 4—6 Tagen seine vollständige Entwicklung.

Die klinisch nachweisbare Rückbildung beginnt ca. 6 bis 8 Tage vor der nächsten Brunst.

3. Die Brunst kann in allen Phasen der Trächtigkeit auftreten.

4. Stille Brunst ist Brunst ohne starke geschlechtliche Erregung.

5. Das rechte Ovar überwiegt funktionell; sein Durchschnittsgewicht ist grösser, als das des linken Ovars.

III. Teil.

Mikroskopische Untersuchungen.

1. Ein System nicht den Blutgefässen angehöriger *glatter Muskulatur* ist im Ovar *nicht* vorhanden (die glatte Muskulatur in den breiten Mutterbändern tritt nicht in das Ovar über).

2. Das Corpus luteum mit nachfolgender Trächtigkeit, und das Corpus luteum zwischen 2 Brunstperioden unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Ausbildung. In Bezug auf die regressiven Metamorphosen sind 3 genügend scharf hervortretende Typen zu unterscheiden:

Das Corpus luteum bei ca. 3 wöchentlichen Brunstintervallen; das Corpus luteum der Trächtigkeit, und *das ohne Trächtigkeit*, lange Zeit in seiner vollen Grösse bestehende, sogenannte *persistierende Corpus luteum*, wie es beim Rinde nicht selten vorkommt, sowohl bei chronischen Erkrankungen des Uterus, als auch ohne nachweisbare pathologische Veränderungen, nur mit Ausbleiben der Brunst vergesellschaftet.

Die Unterschiede in der Rückbildung sind kurz folgende:

I. Corpus luteum bei ca. 3 wöchentlichen Brunstintervallen.

Anbildung in ca. 4—6 Tagen, *dann sofort Einleitung der Rückbildung durch Verödung des Kapillarnetzes.* Mit ca. 14 Tagen: Luteïnzellen allgemein in Degeneration, das Kapillarnetz verschwunden. In den nächsten 5—6 Tagen bis zum Tage der folgenden Brunst: vollständiges Verschwinden der Luteïnzellen, bis auf einen Teil der Kerne. Zusammenziehen und Verdickung der Tunica externa. *Starke Vaskularisation des Restkörpers vom Stroma aus.*

Die *makroskopische* Rückbildung beginnt ca. 5—6 Tage vor der nächsten Brunst.

II. Corpus luteum der Trächtigkeit.

Einleitung der Degeneration, ähnlich, aber *langsamer* wie beim vorhergehenden, *immerhin im 2. Monat schon erheblich fortgeschritten,* im Ganzen wenig typisch.

Die entstandenen Lücken werden durch Bindegewebsneubildung ausgefüllt. In den nächsten Monaten sehr langsames Fortschreiten der Rückbildung. Am Ende der Trächtigkeit jedoch noch überall die verkleinerten Luteïnzellen und geringe Vascularisation von aussen.

Das Corpus luteum als Ganzes verkleinert sich während der Trächtigkeit nur unwesentlich, jedoch wird die Konsistenz allmählich etwas lockerer.

III. Das persistierende Corpus luteum.

Rückbildung geht noch langsamer als bei beiden besprochenen vor sich; *die Gewebsanordnung und das Kapillarsystem bleiben sehr lange erhalten. Die Degeneration beginnt mit den Luteïnzellen, die jedoch nicht gleichmässig davon ergriffen werden, so dass meist ein bunter Wechsel von normalen und mehr oder weniger stark degenerierten Zellen zu* finden ist. Eine Verkleinerung findet nicht statt. Der Untergang erfolgt wahrscheinlich mit der nächsten Brunst, oder in sehr langen Zeiträumen auch ohne diese.

Im Litteratur-Verzeichnis werden 42 Arbeiten erwähnt. 4 mikroskopische Abbildungen des Corpus luteum sind beigegeben.

Dr. W. Stenzel, Hanover:

Ueber Angiome, Carcinome und Chondrome in der Milchdrüse der Haustiere.

Veterinär-pathologisches Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Guillebeau.

(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1902.)

I. *Vier Fälle von Angiomen.* Verhältnismässig selten beobachtet sind die Blutgefässgeschwülste.

Virchow teilte sie in zwei Arten ein: *in das plexiforme Angiom s. Teleangiectasie und das cavernöse Angiom s. Tumor cavernosus.*

In der ganzen tierärztlichen Litteratur sind bisher Angiome des Euters nicht beschrieben worden. Stenzel ist nun im Falle 4 Fälle, die ihm von Prof. Guillebeau zur Untersuchung überlassen worden waren, mitzuteilen: 2 Teleangiectasien und 2 Angiomata cavernosa.

II. *Zwei Fälle von Carcinomen.* Von allen Tumoren der Mamma ist in der Human-Medizin das Carcinom bei weitem die häufigste Neubildung.

Zieht man in Betracht, dass der Krebs beim Menschen eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, so ist es zu begreifen, dass der Befund von Carcinomen der Milchdrüsen der grossen Haustiere ein seltenes Vorkommnis ist, weil diese ein vorgerücktes Lebensalter infolge der Schlachtung nicht erreichen.

Sehr häufig und zahlreich beobachtet sind die Carcinome in der Milchdrüse von Hündinnen, da dieselben gewöhnlich ein der Art entsprechendes hohes Alter erreichen. In zweiter Linie ist das Pferd zu erwähnen, das ebenfalls gelegentlich ein höheres Alter erreicht und dann zu Krebs mehr disponiert ist. STENZEL berichtet eingehend über *zwei Carcinome, welche im Gesäuge einer Hündin und im Euter einer Kuh gefunden wurden.*

III. *Drei Fälle von Chondromen.* Als weitere Geschwulstart, die sehr häufig im Euter von Hündinnen anzutreffen ist, muss das *Chondrom, Enchondrom* oder die *Knorpelgeschwulst* erwähnt werden. Es wurden *drei Fälle von Chondromen* beobachtet und zwar *in Gesäugen von Hündinnen.*

Die « Litteratur » führt 54 Arbeiten an. 4 Tafeln mit drei farbigen und 6 schwarzen mikroskopischen Abbildungen erläutern auf's Beste die histo-pathologischen Verhältnisse.

Dr. KARL ZOBEL, Altdorf bei Nürnberg:

Beiträge zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen der Milchdrüsen unserer Haustiere bei der gewöhnlichen akuten Euterentzündung und der zuweilen darauffolgenden Euternekrose.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern.

(Buchdruckerei Stämpfli & Co., Bern, 1902.)

Nach einem eingehenden geschichtlichen Rückblick wird auf die eigenen Untersuchungen eingegangen. Das zur Verfügung gestellte Material bestand in 46 Euterentzündungen und stammte in 17 Fällen von den experimentellen Versuchen her, welche Prof. GUILLEBEAU und Dr. HESS zur Erforschung der Euterentzündung in den Jahren 1887—1891 angestellt hatten; die übrigen 29 Fälle waren dem pathologischen Institut von Aussen zugeschickt worden.

Akute Mastitis. Es wird zuerst auf das *klinische Bild* und dann auf den *Sektionsbefund* eingegangen, dann folgt der *Histologische-Befund*, aus dem hervorgeht, dass der Inhalt der kranken Alveolen aus Milchbestandteilen, Kasein, Drüsenepithelien, Leukocyten, Blut, Fibrin und Bakterien besteht. — Dieser Inhalt kann zerfallen und sein Zerfall geht gelegentlich so weit, dass er nur noch eine körnige Masse darstellt. Die Zerfallsmassen können resorbiert werden, so dass von der Drüse nur noch das sehr verbreiterte, alsdann mit Leukocyten reichlich durchsetzte interalveoläre Gewebe zurückbleibt; in wenigen Fällen wurde eine Atrophie der Drüsenalveolen beobachtet und dem entsprechend hatte das interalveoläre Gewebe an Breite zugenommen. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass bei der Untersuchung von Schnitten neben erkrankten noch ganz gesunde Lobuli angetroffen wurden. Diese scharfe Lokalisation ist leicht verständlich, da der Prozess seine Ausbreitung durch die Milchgänge erfährt und daher verschieden rasch das Endziel seiner Fortpflanzung erreicht; dies erklärt ferner auch der Umstand, dass die Lobuli. als auch die einzelnen Alveolen, verschieden schwer erkrankt befunden werden.

Euternekrose. Nach dem *Sektionsbefund* folgt der *Mikroskopische-Befund.*

Wie makroskopisch, so wurde auch mikroskopisch die Grenze zwischen der Euternekrose und dem übrigen Eutergewebe scharf ausgeprägt gefunden. In 5 Fällen von 24 Untersuchten fand man Anfüllung des Alveolenlumens mit Leukocyten, viel häufiger dagegen, und zwar in 21 Fällen, eine Quellung und Ablösung der Epithelien. Gewöhnlich war dann die Epitheldesquamation eine sehr ausgebreitete oder vollständige. Manchmal wiederum konnten starke Macerations-Erscheinungen konstatiert werden, so dass nur die resistenten Teile, wie Kerne und Fibrillen verschont waren und in einer amorphen Masse zu liegen schienen. Sehr bemerkenswert ist der Umstand, dass in den nekrotischen Abschnitten die Färbbarkeit der Kerne eine gute bleibt, während bei der Koagulationsnekrose die Färbbarkeit derselben bekanntlich erlöschen soll.

Zobel führt diese Eigentümlichkeit auf eine Fixation der noch lebenden Kerne durch Milchsäure zurück.

Schlussfolgerungen :

« Durch meine Untersuchungen bin ich zu der Anschauung gelangt, dass die akute Mastitis einen epithelialen und eitrigen Katarrh der Milchgänge und Alveolen darstellt, welcher je nach der Virulenz der Infektions-

erreger von verschiedener Intensität ist. Dem Bindegewebe kommt nicht — wie oft angenommen wird — jene selbständige Beteiligung zu, dass man seine Läsionen mit den Veränderungen des Epithels auf gleiche Stufe stellen oder gar die akute Mastitis als eine rein interstitielle Entzündung ansprechen könnte; im Gegenteil ist die Beteiligung des Bindegewebes von mehr untergeordneter Bedeutung. Erst mit dem fortschreitenden Uebergang der akuten Entzündung in die chronische Form treten die Veränderungen im Bindegewebe in den Vordergrund. Im Hinblick auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen halte ich deshalb die Einteilung der Mastitis in die akute und die chronische als den Verhältnissen am besten entsprechend.

Sobald die Erkrankung eine gewisse Höhe erreicht, tritt Nekrose des Drüsengewebes ein; dieselbe besteht in Quellung, Ablösung der Epithelien und Auflösung der Kerne. Die Rundzelleneinwanderung ist eine vollständig fehlende oder sehr dürftige. Ganz regelmässig verwandelt sich der abgestorbene Teil in einen trockenen Sequester, der auf dem Wege der Demarkation und Abkapselung von dem übriggebliebenen Drüsengewebe getrennt wird. Eigentliche Abscessbildung ist ausgeschlossen; bei der Demarkation ist eine reichliche, eiterige Exsudation der Kapsel, die einen Abscess vortäuschen kann, möglich.»

Die Bibliographie weist 26 Arbeiten auf. 9 sehr klare, mikroskopische Abbildungen illustrieren die vorliegenden histo-pathologischen Veränderungen.

VI.

Verschiedenes.

A. Ernennungen.

Privatdozent Dr. MURET, Lausanne, zum ausserordentlichen Professor der Gynækologie an der Universität daselbst.

Privatdozent Dr. ROSSIER, Lausanne, zum ausserordentlichen Professor der Geburtshilfe an der Universität und zum Direktor der Entbindungsanstalt.

Prof. Dr. ROSSIER, zum « Membre correspondant de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris ».

B. Referate und Hebammenzeitungen.

Dr. Dr. BÉTRIX-BEUTTNER, Genf:

Repetitorium der Gynækologie.
Répétitoire de Gynécologie.

(Imprimerie W. Kündig & Fils, Genève, 1902.)

Das 33 Seiten starke Heftchen ist für die Studenten der Genfer med. Fakultät geschrieben, die dem «*Repetitorium der Gynækologie*» der beiden Privatdozenten folgen wollen.

Der gesamte Stoff ist nach streng pathologisch-anatomischen Prinzipien angeordnet, im Grossen und Ganzen etwa so, dass der Reihe nach abgehandelt werden:

1. Die Entzündungen; 2., die Ulcerationen; 3., die Atrophien; 4., die Hypertrophien; 5., die Geschwülste; 6., die Missbildungen etc.

Zu jedem Kapitel gehören zahlreiche *stereoskopische, photographische* und *mikroskopische Demonstrationsobjekte,* sowie *Projektionsbilder*, die einzeln aufgezählt werden, um dem Gedächtnis zu Hilfe zu kommen.

Zwischen je zwei Druckseiten wurde eine «leere Seite» eingefügt, die dem Studenten das «Notizenmachen» sehr erleichtert.

Dr. Dr. Edebohls-Beuttner, New-York-Genf:

Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung.

The Cure of Chronic Bright's Disease by Operation.

(Verlag von Henry Kündig, Genf.)

Prof. Edebohls aus New-York hat im Jahre 1899 in den «*Medical News*» eine Arbeit veröffentlicht, in der er den Vorschlag machte, die *chronische Nephritis* operativ zu behandeln.

In einer weiteren Arbeit, die Beuttner aus dem Englischen in's Deutsche übertragen, kommt Edebohls auf das interessante Thema abermals zurück.

Die Operation begreift die *Excision der Nierenkapsel*, die an beiden Nieren in einer einzigen Sitzung vorgenommen wird.

Prof. Dr. Rapin, Lausanne:

Leitfaden der Geburtshülfe für Hebammen.

Manuel d'accouchement à l'usage des sages-femmes.

(Th. Sack, libraire-éditeur, Lausanne 1903.)

Der vorliegende Leitfaden, den der inzwischen verstorbene Autor leider nicht mehr erscheinen gesehen, soll einen doppelten Zweck erfüllen; er soll den Hebammenschülerinnen als Richtschnur während der Studien dienen, dann soll er ihnen später, im Leben draussen, ein Ratgeber sein, den man gerne und oft konsultiert.

Nach der üblichen Einleitung über *Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane* etc. folgen successive Kapitel über:

Normale Schwangerschaft und Geburt und normales Wochenbett, dann Kapitel über:

Pathologische Schwangerschaft und Geburt und pathologisches Wochenbett.

Rapin sagt zum Schlusse seines Vorwortes selbst folgendes:

«*Ce livre est le fruit de longues études et des recherches auxquelles j'ai consacré ma vie. Si, comme je l'espère et comme je le crois, il peut être utile, mon but sera atteint.*»

Das Buch wird Gutes stiften und das Andenken von Prof. Rapin ehren! (373 Seiten stark, mit 200 Illustrationen.)

Dr. G. Rossier, Lausanne:

Vade mecum der Hebamme.
Aide-Mémoire de la sage-femme.
(Office Polytechnique d'Edition, Berne.)

Rossier hat in einem handlichen Büchlein, von Taschenformat, auf 87 Seiten, alles übersichtlich zusammengestellt, was jeder Hebamme constant gegenwärtig sein soll.

Abgehandelt werden, die normale Schwangerschaft und Geburt: das Wochenbett und die Ernährung des Neugeborenen, hierauf die Anomalien der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Diese verschiedenen Themata werden vom Standpunkte der Hebamme aus klar besprochen.

Prof. Dr. Rossier, Lausanne:
Rédacteur du Bulletin mensuel. Seul organe officiel de la Société vaudoise des sages-femmes. (Imprimerie G. Bridel & C[ie] Lausanne.)

Dr. G. Suter, Zürich:
Redakteur der «Schweizerischen Hebammen-Zeitung.» Verleger Emil Hoffmann in Elgg, Canton Zürich.

Dr. Wormser, Basel:
Mitarbeiter der Frommel'schen Jahresberichte.

C. Therapeutische Notizen.

1. *Cascarine Leprince.* Die Pilulæ Cascarine Leprince werden mit Vorteil während der *Gravidität* verschrieben, in Fällen von *Constipation*; 2 Pillen vor dem Schlafengehen.

2. *Chirurgische Seife von* Prof. A. Reverdin.

Rp.	Ol. amygdalar. dulc.	72.0	Teile
	Natrii caustic.	24.0	»
	Kalii caustic.	12.0	»
	Zinc. sulf. carbol.	2.0	»
	Ol. rosar.	9.0	»

3. *Chloræthyl.* Anwendung zur *allgemeinen Narkose* (Siehe diesen Jahrgang der Gynæcolog. Helvet., pag. 8, 122 et 197) und zu *Lokal-Anæsthesie.*

Ich habe mich seit einiger Zeit des *Chloræthyls zur Behandlung der Erosio portionis uteri* mit gutem Erfolg bedient:

Abwischen der Portio (nebst Erosion) im Milchglasspeculum; Gefrieren der Erosion mit Chloræthyl; Bepudern mit *Xeroform.* (Eine detaillierte Publikation wird später erscheinen.)

4. *Collargolum.* (Argentum colloidale Credé.) Findet Anwendung bei Lymphangitis, Phlegmone, Septicæmie und denjenigen septischen Prozessen, die in Gemeinschaft mit andern Infektionskrankheiten auftreten.

a) Unguentum Collargoli. 1—3 gr. pro dosi; 1-2 mal täglich; 20—30 Minuten auf der mit Seife und Bürste gereinigten Körperhaut einreiben.

b) Solutio argenti colloidalis. 1 : 100—1 : 10,000.

Zur Ausspülung von Wunden, der Blase etc.; auch zur intravenösen Injektion (0,1 : 10.0—30.0 pro Dosi); bei *schwerer Sepsis.*

c) *Pilulæ argenti Credé maiores.* 0.01 argent. colloid. enthaltend; bei ganz leichter oder chronischer Sepsis, wenn die Einreibung nicht anwendbar.

d) Pilulæ argenti Credé minores. 0.05 argent. colloid. enthaltend; zum Einlegen in den Uterus und in die Bauchhöhle, 1—4 Stück auf einmal, event. nach 5—14 Tagen zu widerholen.

e) Bacilli argenti colloidalis; 2 % Argent. colloid. enthaltend. Zum Einlegen in Fisteln, in die gonorrhoische Harnröhre und Blase, in den Uterus, solange es sich um septische Erkrankung der betreffenden Organe handelt: katarrhalische Endometritis. Täglich 1—2 mal bis wöchentlich 1 mal ½—1 Stäbchen.

f) Suppositorien und Vaginalkugeln.

Rp. Collargoli 0,5.
Aq. destillat. frigidæ gtt. I.
Ol. Cacao 20.0.

Misce fiat. massa. Divide in portiones No. X. Bei Beckenexsudaten und Abscessen in der Nähe des Uterus und Rectums.

5. *Elixir Condurango peptonatum Immermann.* Appetitlosigkeit bei gynækologischen Erkrankungen, Schwangerschaftserbrechen und nach eingreifenden geburtshülflichen und gynækologischen Operationen. 2—3 mal täglich 1 Esslöffel voll, vor den Mahlzeiten.

6. *Fluidovarine* von Prof. BUTTIN in Lausanne. (Siehe diesen Jahrgang der Gynæc. Helvetica, pag. 106.) Gegen Ausfallserscheinungen der Castration, Chlorose etc.; von Prof. MURET in die Praxis eingeführt. 2 mal täglich. 10—15 Tropfen.

7. *Foliorum uræ ursi. Dialyse Golaz*, wird 3 mal täglich 25 Tropfen gegeben und ist praktischer und angenehmer zu nehmen, als das Infus der gleichen Blätter und wohl auch wirksamer. Ich verschreibe es abwechselnd in Fällen von *chronischer Cystitis*, bei *Schwangerschaftscystitis* mit *Urotropin* (0.5, 2—3 Tabletten täglich).

8. *Sirup Hypophosphite* Dr. EGGER.

Bei allen Schwächezustände, hervorgerufen durch geburtshülfliche oder gynæcologische pathologische Zustände, 2—3 mal täglich, $^1/_2$—1 Kaffeelöffel voll in einer Tasse Milch während der Mahlzeit.

9. *Thiol* wird von ZANDER (Poliklinik von KOSSMANN), GOTTSCHALK. FÜRST und WIRZ bei folgenden gynækologischen Leiden bestens empfohlen:

Endometritis (reines Thiol. liquid mit *Playfair*-Sonde), *Erosionen der Vaginalportio* (Thiolum siccum und Wattetampon); *Exsudate, para- und perimetritische* (10—20 % Thiolglycerinlösung), Einreibung der Bauchdecken mit gleich starker Salbe. *Mastitis incipiens* (Thiolvaseline). *Pruritus vulvæ*; Kompressen mit 10 % Thiollösung und Einstreichen von Thiolvaseline. *Rhagaden der Brustwarze bei Stillenden.* Thiol-Collodium. *Entzündliche Schwellung der Bartholin'schen Drüsen.* Waschen mit Thiolseife; 10 % Thiol-Vaseline.

D. Instrumentelle Notizen.

Dr. BEUTTNER, Genf:

Modifiziertes Sims'sches Speculum.

(Geschäftsbericht der Firma Schweizerisches Medizinal- und Sanitätsgeschäft Hausmann A. G., Nr. 1, 1903.)

BEUTTNER hat das Sims'sche Speculum in sechsfacher Hinsicht modifiziert, wodurch folgende *Vorteile* erzielt werden:

1. Die Vaginalwände werden besser entfaltet.
2. Die Vaginalportion kommt leichter zu Gesicht.
3. Die Asepsis wird besser garantiert, da die beiden Flügel die grossen und kleinen Schamlippen besser zur Seite halten.

4. Der handliche Griff erleichtert die Assistenz und erlaubt eine bequeme Fixation des Beuttner'schen Gazebehälters.

5. Die Aseptik der Uterustamponade ist gewährleistet.

Anwendung findet das modifizierte *Sims'sche Speculum.*



Fig. 62.

1. Bei der Applikation von Tampon in die Vagina.
2. Bei der Inspektion der Vaginalportion.
3. Ganz besonders bei der Curettage wegen inkompletem Abortus oder aus anderweitigen Ursachen.
4. Bei der Uterustamponade.

Dr. Beuttner, Genf:

Instrumentelles auf urologischem Gebiet.

(Wiener Medizinische Presse, Nr. 49, 1902.)

Zum Spreitzen der Vulva (grossen Schamlippen), behufs kleinen Eingriffen an der Urethra, am Scheideneingang etc., während der Consul-

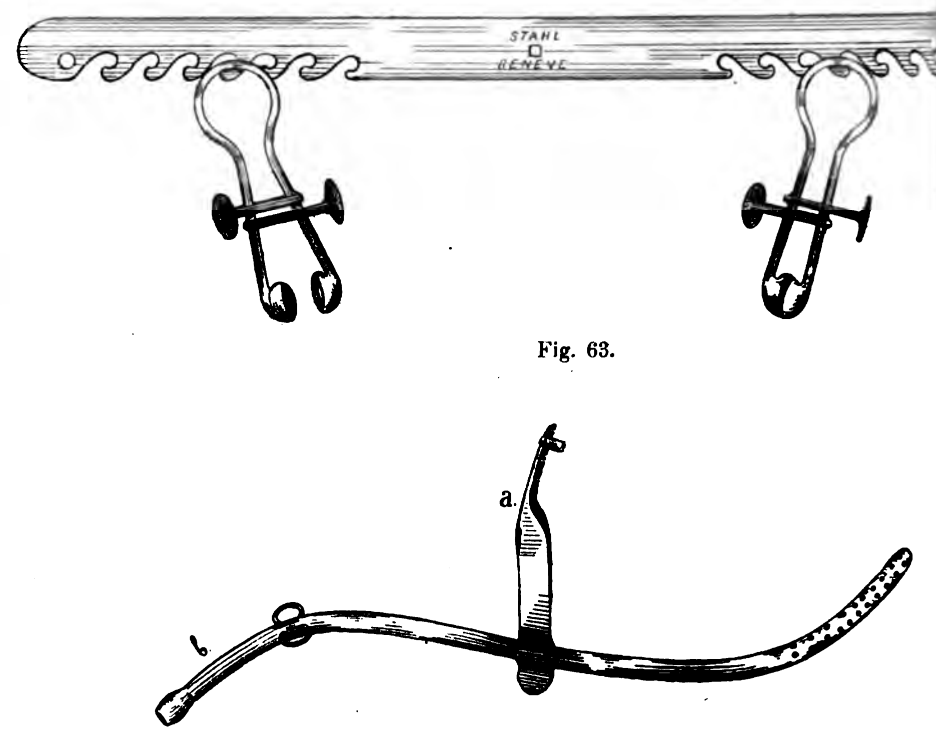


Fig. 63.

Fig. 64.

tationsstunde, hat Beuttner einen Stab angegeben, der quer unterhalb der Symphyse aufgelegt wird und der zwei Klemmen, die die grossen Schamlippen im oberen Drittel fassen, als Stütze dient. (Fig. 63.)

Dieser quere Stab kann auch bei der Blasenwaschung (vermittelst Trichters) gute Dienste leisten, indem er den, von Beuttner etwas modifizierten, weiblichen Blasenkatheter immobilisiert. (Fig. 64.)

Prof. A. Reverdin'sches Instrument zur Protektion der Därme bei Schluss der Laparotomiewunde.

Prof. A. Reverdin hat sich aus Metall ein Schuhsohlenförmiges-Instrument konstruieren lassen, das er beim Schluss der Bauchhöhle auf die Därme legt, um sie vor Verletzungen der Nadel zu sichern.



Fig. 64.

Bevor die letzten Nähte geknotet werden, wird die « Schuhsohle » herausgezogen (Fig. 65.)

VII.

Ausländische Litteratur.

Prof. Dr. Heinrich Bayer, Strassburg.

Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe.

(Verlag von Schlesier und Schweikhardt, Strassburg i. E., 1903.)

In sieben Heften sollen der Reihe nach abgehandelt werden: die Entwicklungsgeschichte des Genitalapparates, die Anatomie des Beckens und der Weichteile, die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, endlich die Diagnostik und allgemeine Therapie. Jedes der Hefte enthält ein in sich abgerundetes Kapitel der geburtshülflichen Propædeutik und schliesst sich dabei doch den andern in organischem Zusammenhange an.

Das erste Heft, das bis jetzt erschienen ist, gibt in äusserst klarer Form auf 104 Seiten, *die Entwicklungsgeschichte des weiblichen Genitalapparates.* 12 Tafeln in Lichtdruck und 33 Abbildungen erläutern auf's Beste den Text.

Derjenige, der die Geburtshülfe nicht nur als Broderwerb taxiert, sondern der auch an der wissenschaftlichen Auffassung dieser Disziplin festgehalten, wird das vorzügliche Werk des bekannten Forschers mit Freuden begrüssen.

Wir hoffen, an dieser Stelle, später auf die übrigen Hefte zu sprechen kommen zu können. Vivat sequens! (Preis des ersten Heftes 10 Fr. 70).

Dr. V. Bué, Lille.

Hysterotomie et Hysterectomie en Obstétrique.

(Librairie scientifique et littéraire, F. R. de Rudeval, Paris, 1903.)

Die vorliegende monographische Bearbeitung der *geburtshülflichen Hysterotomie und Hysterectomie* hat dem Verfasser den Tarnier'schen Preis eingetragen.

In 14 Kapiteln werden folgende Themata behandelt: Sectio cæsarea und Beckenanomalie, Osteomalacie, Sectio cæsarea und Eklampsie, Sectio cæsarea und Vaginalatresie, Sectio cæsarea und Rigidität des Collum, Indikationen der Porro-Operation in Fällen von intrauteriner Zersetzung des Fœtus, Hysterectomie bei Collumcarcinom während Schwangerschaft und Geburt, Indikationen der Hysterotomie und Hysterectomie wegen Fibromen, die die Gravidität komplizieren, Hysterectomie und Uterusruptur, Indikationen zur Sectio cæsarea wegen Anomalien, die von früher am Uterus vorgenommenen Operationen herstammen (Ventrofixation, Vaginofixation), Hysterectomie und akute puerperale Infektion, Indikationen zur Sectio cæsarea wegen Blutung, hervorgerufen durch die normal inserierte, frühzeitig gelöste Placenta, Vaginale Sectio cæsarea, Technik des konservativen Kaiserschnittes.

Die internationale Litteratur ist löblicherweise sehr ausgiebig berücksichtigt. Am Schlusse folgen 9 an der *geburtshülflichen Klinik in Lille* gesammelte hierhergehörige Beobachtungen.

Eine verdienstvolle Zusammenfassung, die Jedem erlaubt, in kürzester Zeit über die verschiedenen Fragen sich eingehend zu orientieren. (Preis 6 Fr.)

Prof. Dr. E. Bumm, Halle a. S.

Grundriss zum Studium der Geburtshülfe.

In 28 Vorlesungen und 575 bildlichen Darstellungen,

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1902.)

Wohl das schönste Werk, das über Geburtshülfe geschrieben und **illustriert** *worden ist.* Ueberall kommt die künstlerische Begabung des Verfassers zum Durchbruch. Der Text, in Form von Vorlesungen, ist sehr klar und sehr ansprechend.

Ausstattung und Druck vorzüglich und dazu der *Preis* von nur 18 Fr. 70 *ein sehr niedriger.* 756 Seiten in Gross-Format.

Prof. Dr. G. E. Curatulo, Roma.

Die Kunst der Juno Lucina in Rom.

Geschichte der Geburtshilfe von ihren ersten Anfängen bis zum 20. Jahrhundert.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin 1902.)

Nach dem «*Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe*» von Siebold zweite Auflage, und nach der «*Geschichte der Gynækologie*» in der «*Allgemeinen Gynækologie*» von Kossmann, noch kulturhistorische Studien über die Geburtshülfe in der ewigen Stadt, das soll vorderhand genügen und zeigen, dass es doch noch Forscher giebt, die unsere Wissenschaft auch vom historischen Standpunkt aus zu betrachten im Stande sind.

Die angesehenste von allen römischen Gottheiten, welche bei der Geburt walteten, war die Juno Lucina. Ihre Kunst wird nun von Curatulo in 25 interessanten, reich illustrierten Kapiteln besprochen.

Curatulo schliesst sich unter anderm Carlo Decio in der Bekämpfung des strengen Urteils, das Siebold (zweite Auflage, pag. 136) über Scipio Mercurio gefällt, entschieden an und wie mir scheint mit Recht; denn wie C. sehr richtig bemerkt, muss man die Werke Mercurios mit Rücksicht auf seine Zeit, seine Umgebung und sein Leben betrachten. Den deutschen Geburtshelfer interessiert des Weitern noch ganz besonders das 18te Kapitel: *Scipio Mercurio und die Walcher'sche Hängelage.* Auch hier zeigt sich Curatulo als objektiver, gewissenhafter Geschichtsforscher:

«Ich teile daher die Ansichten Decios und Pianzis und gebe ebenfalls dieser von Walcher im Jahre 1889 beschriebenen Lage den Namen dieses Geburtshelfers. Aber ich muss sogleich hinzufügen, dass ich mich von den soebengenannten beiden verehrten Kollegen entferne, wenn diese so weit gehen, dass sie Mercurio jedes Verdienst absprechen», etc.

Weitere Kapitel behandeln den «Einfluss der Päpste auf das Studium der Medizin», die «Bullen von Sixtus V. und Gregor XIV. gegen den absichtlichen Abort», etc., etc.

Wer sich einige angenehme Musestunden bereiten will, wer als Arzt und denkender Mensch Rom auch von historisch-geburtshilflicher Seite kennen lernen will, sei es durch Dokumente, sei es durch Monumente, der nehme die «*Kunst der Juno Lucina*» von G.E. Curatulo zur Hand.

Das Werk ist Rudolf Virchow gewidmet. (Preis 12 Fr.)

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie.

Festschrift,
Herrn Prof. Dr. Heinrich Fritsch, bei Gelegenheit des 25jährigen Bestehens des *Centralblattes für Gynækologie* gewidmet.
(Verlag von Breitkopf und Hærtel, Leipzig, 1902.)

Es handelt sich um eine 354 Seiten starke Broschüre, die, von 21 ehemaligen Schülern, Herrn Prof. Fritsch gewidmet wird.

Folgende Themata werden besprochen:

1. Ueber Harnleiterkompression bei Eklampsie. 2. Ein Beitrag zur konservierenden operativen Behandlung der chronischen Uterusinversion. 3. Zur Radikalheilung des totalen Gebärmutterscheidenvorfalls mittels Totalexstirpation und Scheidenresektion nach Fritsch. 4. Amenorrhœ infolge spontaner Kontinuitätstrennung des Corpus uteri von der Cervix, combiniert mit spontaner Amputation eines Dermoids durch Stieltorsion. 5. Ueber Neuralgia mammæ. (Es sei auf die in diesem Jahrgange der *Gyn. Helv., pag. 74* enthaltene Arbeit: Die *Neuralgia brachialis* der Menopause aufmerksam gemacht. Ref.) 6. Kasuistische Mitteilungen: a) Ueber die mit den Beckenorganen in Zusammenhang stehenden Bauchdeckenfisteln; b) Bauchbruch, geborsten 5 Jahre nach Laparotomie; c) Zur instrumentellen Perforation des Uterus; d) Ein Beitrag zur Chorea gravidarum. 7. Corpus alienum in utero. 8. Hartglaspessare. 9. Gynækologisch-geburtshilfliche Mitteilungen: a) Extra-uterin-Gravidität; b) Tumoren; c) Ureterfisteln; d) Ileus; c) Deciduoma malignum; f) Ruptura uteri; g) Verschiedenes: α) Exstirpation der Gallenblase. β) Perforation des Uterus mit einer Curette. γ) Incontinentia urinæ. δ) Aufplatzen der ganzen Bauchwunde, ε) Vaginale Totalexstirpation wegen unstillbarer Blutungen bei einem jungen Mädchen. η) Vaginale Totalexstirpation eines vaporisierten Uterus, welch' letzterer den Beweis erbringen soll, dass man nicht dafür garantieren kann, dass auch wirklich in jedem Fall die ganze Uterusschleimhaut zerstört wird. (Von dem Cavum uteri war der obere Teil, etwa 1 cm. lang, vollständig erhalten und mit normaler Schleimhaut ausgekleidet.) 10. Beitrag zur Statistik der Prolapsoperationen. 11. Ein Beitrag zur Lehre von der Hæmatomole. 12. Ueber die cystische Degeneration der Ovarien bei Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteïnzellen. 13. Beitrag zur Frage über die Komplikation von Uterusmyom und Diabetes. 14. Ein neuer vaginaler Punk-

tionsapparat. 15. Weitere Untersuchungen über das Verhalten des Blutdrucks und über Gefrierpunktsbestimmungen in der Schwangerschaft, unter normalen und pathologischen Verhältnissen. 16. Zur anatomischen Geschichte und physiologischen Bedeutung der Bartholin'schen (Cowper'schen) Drüsen. 17. Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des runden Mutterbandes. 18. Physiologische Nahrungsmengen reiner Brustkinder. 9. Ueber Geburten bei engem Becken. 20. Ueber plastische Operationen. 21. Ueber Porro-Kaiserschnitt mit Erhaltung der Eierstöcke. 22. Eine neue plastische Operation bei umfangreichen Atresien der Scheide.

Ein reiches kasuistisches und wissenschaftliches Material!

(Preis 8 Fr.)

Prof. Dr. James Israel, Berlin.

Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin 1901.)

Israel gibt im vorliegenden Werke Rechenschaft über seine 16jährigen mit dem Jahre 1884 beginnenden Erfahrungen. Es handelt sich um eine Darstellung des Selbsterlebten und Selbstgedachten; die Wiedergabe der persönlichen Erfahrungen gibt ein treues Bild des therapeutisch Erreichten und noch zu Erstrebenden. Die Protocolle sämmtlicher Beobachtungen sind lückenlos mitgeteilt.

8 Abbildungen im Text und 15, zum teil farbige, lithographische Tafeln sind beigegeben. (Preis 37 Fr. 35.)

Doc. Dr. L. Knapp, Prag.

Geburtshilfliche Diätetik und Therapie für Aerzte und Studierende.

(Verlag von P. Tempsky, Prag 1903.)

Verfasser hat bereits vor zwei Jahren eine *Geburtshilfliche Propædeutik* veröffentlicht und lässt nun die *Geburtshilfliche Diätetik und Therapie* folgen. In dieser Form liegt nunmehr ein *kurzgefasstes Lehrbuch der Geburtshilfe* vor, welches das praktische Bedürfnis des Studierenden wie des Arztes, in gleicher Weise berücksichtigt.

Die Physiologie, Pathologie und Therapie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, werden in je einem besondern Abschnitte abgehandelt; dadurch wird der Uebersicht und dem logischen Zusam-

menhange weit besser Rechnung getragen, als bei der altgewohnten gesonderten Besprechung, zunächst der Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und darnach erst der Pathologie und Therapie jeder dieser Phasen wieder für sich allein.

Dem Texte sind 147 Abbildungen beigegeben (316 Seiten, Preis 12 Fr. 55).

Prof. Dr. R. Kossmann, Berlin.

Allgemeine Gynæcologie.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1903.)

Es handelt sich um ein 612 Seiten starkes Buch mit 51 Abbildungen.

Der erste Teil, 247 Seiten umfassend, enthält die *Geschichte der Gynæcologie.* Da es sich um eine fast völlig selbständige Arbeit der geschichtlichen Darstellung handelt, so ist dem vorzüglichen *Kossmann*'schen Werke der Erfolg von vorneherein gesichert.

Der zweite Teil gibt die *Normale Morphologie und Biologie der weiblichen Sexualorgane* und

Der dritte Teil die « *Morphologischen und biologischen Anomalien* ».

Im *vierten Teil* folgt die « *Allgemeine gynæcologische Therapeutik* »; als: *allgemeine gynæcologische Diagnostik, Prophylaktik, Phrenotherapie* (φρένες = die Seele als Substrat der Vernunft und des Vorstellungsvermögens; früher Psychotherapie), *Physiotherapie.* (Alle therapeutischen Maassregeln, die durch Regelung der Lebensweise und durch direkte Einwirkung der physikalischen Kräfte eine Heilung der erkrankten Sexualorgane herbeizuführen suchen); *Pharmacotherapie* und *operative Therapie.*

Am Schluss folgt die « *Gynæcologische Onomatologie* ».

Kossmann ist seit Jahren bemüht, die Gynæcologen zu grösserer Correctheit in ihrer Kunstsprache anzuregen, demgemäss hat er gebräuchliche Kunstausdrücke hie und da in etwas veränderter, sprachlich richtigerer Form angewendet.

Die Regeln der « *Onomatologie* » und die correcte Form der wichtigsten Termini technici werden daher in einem Supplement besprochen.

Es handelt sich um ein selbständiges Werk! Verfasser geht mit kritischem Geiste ausgestattet, seine eigenen Wege:

« Ich stellte mir als Leser meines Buches in erster Linie den jungen Arzt vor, der, mit der Approbation in der Tasche und wissenschaftlichem

Streben im Herzen, im Begriffe steht, sich dem Specialfach der Gynæcologie zu widmen. Aber ich dachte doch auch daran, dass mancher schon Vorgeschrittene die (oben angedeuteten) Mängel seiner Ausbildung empfindet und es nicht verschmähen wird, von mir einiges zu erfahren, was ich auf meinem nicht alltäglichen Bildungswege zu lernen bessere Gelegenheit gefunden habe. »

Die « *Allgemeine Gynæcologie* » ist Herrn *Prof. Dr. Fritsch* in Bonn gewidmet (Preis 21 Fr. 35).

Prof. Dr. Küster, Marburg.

Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren.

II. Hälfte.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1902.)

Die erste Hälfte des *Küster*'schen Werkes wurde bereits in der « *Deutschen Chirurgie* » vom Jahre 1896 veröffentlicht und findet nun seinen Abschluss in einem zweiten Bande, von nicht weniger als 721 Seiten.

Wie dem ersten Bande, so sind auch dem zweiten künstlerisch ausgestattete, farbige Tafeln beigegeben. Der Text weist im Ganzen 114 Abbildungen auf. Die gross angelegte Litteratur-Uebersicht umfasst allein 107 Seiten; die einschlagenden Arbeiten wurden in allen Kapiteln eingehend gewürdigt. (Preis 26 Fr. 70.)

Prof. Dr. Morache, Bordeaux.

Grossesse et Accouchement.

Etude de socio-biologie et de médecine légale.

(Félix Alcan, éditeur, Paris 1903.)

Der durch seine früheren Arbeiten *(le Mariage; la Profession médicale; la Responsabilité de la femme autre que celle de l'homme,* etc., etc.) bestens bekannte Professor der gerichtlichen Medizin an der *Universität Bordeaux*, gibt uns auf 266 Seiten eine äusserst interessante socio-biologische und gerichtsärztliche Abhandlung über Schwangerschaft und Geburt (Preis 4 Fr.).

Prof. Dr. Wilh. Nagel, Berlin.

Operative Geburtshülfe für Aerzte und Studierende.

(Verlag von Fischer's Medizin. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.)

Nagel gibt die Grundsätze im Druck heraus, welche seit Jahren als Leitfaden in seinen geburtshülflichen Cursen dienen. Dieselben decken sich im Grossen und Ganzen mit denjenigen seines Lehrers und Chef, Herrn *Prof. Gusserow;* doch hat er als vieljähriger Assistent an der geburtshülflich-gynækologischen Klinik und Poliklinik der königlichen Charité zu Berlin reiche Gelegenheit gehabt, selbständige praktische Erfahrungen zu sammeln und sich ein eigenes Urteil zu bilden.

Dem Text sind 77 Abbildungen beigegeben, davon sind 75 nach Originalzeichnungen des Kunstmalers *Fr. Frohse* angefertigt (366 Seiten; Preis Fr. 13. 35).

Dr. Ludwig Pincus, Danzig.

Atmokausis und Zestokausis.

(Verlag von S.-F. Bergmann. Wiesbaden 1903.)

Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynæcologie hat, Dank der unermüdlichen Bestrebungen von *L. Pincus* selbst, definitiven Einzug in die gynæcologische Praxis gehalten. Ein Buch, das über Alles Wissenswerthe der neuen Behandlungsmethode bequem Aufschluss zu geben im Stande war, fehlte aber.

Es wird jeder, der sich um die *Pincus*'sche Atmokausis interessiert, daher mit Freuden die *monographische Bearbeitung der Atmokausis und Zestokausis* begrüssen. Nach einer *Historisch-kritischen Einleitung* folgen Kapitel: Ueber das Instrumentarium zur Atmokausis und Zestokausis; zur instrumentellen Technik; über Experimentelles; zur Anatomie der Atmokausis und Zestokausis.

In einem *speziellen Teil* werden die Vorbereitung der Kranken und des Instrumentariums, sowie die Methode der Anwendung besprochen; dann werden interessante Fragen einer praktischen Beleuchtung unterzogen, wie z. B.: « Ist Narkose notwendig? Darf ambulant behandelt werden? Ist Assistenz nötig? Eignet sich die Methode für den praktischen Arzt? etc., etc.

Zuletzt folgen die *Indikationen* und *Kontraindicationen.*

Der Gynæcologe kann sich der vorliegenden monographischen Bearbeitung nicht entraten; sie gibt ihm über Alles Auskunft, was zu wissen notwendig ist. Sie erlaubt Uneingeweihten, in kurzer Zeit, sich die absolut notwendigen Kenntnisse anzueignen.

Auf den 400 Seiten wird ein reiches Material geboten. (Preis 14 Fr.)

Prof. Dr. Queirel, Marseille.

Leçons de clinique obstétricale.

(G. Steinheil, éditeur, Paris 1902.)

Professor Queirel hat in einem hübschen Bande von 393 Seiten 24 klinische Vorlesungen, die er als *Professor der Geburtshülfe an der med. Facultät in Marseille* gehalten, zusammengestellt.

Kein Geringerer als *Prof. Pinard* empfiehlt dem ærztlichen Publicum die vorliegende *Sammlung klinischer Vorträge. Behandelt werden:* Die geburtshülfliche Antisepsis; die Vorbedingungen und Indikationen der Zangenapplikation; das Verhalten bei Becken-Anomalieen; die Basiotripsie; die Basiotripsie und die Symphyseotomie; die Symphyseotomie und die Zange im Becken-Eingang; die Becken-Hæmatocele; die Extrauterin-Schwangerschaft; Darm-Obstruction; Rigidität des Collum uteri; Inversio uteri; Blasenmole; gestielter Thrombus vaginæ; Nabelschnur-Vorfall; Cephalhæmatom; Purpura; congenitale Ophtalmie; Tuberkulose und Schwangerschaft und endlich die puerperale Infektion. (Preis 6 Fr.)

Prof. Dr. Hugo Ribbert, Marburg.

Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie.

(Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1901.)

Man kann vom Gynæcologen nicht verlangen, dass er die spezielle Pathologie und die spezielle pathologische Anatomie von Grund aus kenne, wohl aber muss man bei ihm genügende *Kenntnisse in der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie* voraussetzen.

Der moderne Arzt überhaupt, möge er auf irgend einem Gebiete Spezialstudien treiben oder allgemein praktizierender Arzt sein, muss zum rich-

tigen Verständniss der Krankheiten, die intimen Veränderungen kennen, die sich in den Zellen selbst abspielen.

Will er sich auf dem angedeuteten Gebiete auf dem Laufenden erhalten, so nehme er das sehr klar geschriebene 640 Seiten starke Lehrbuch des auch bei uns in der Schweiz geschätzten Lehrers und Forschers Prof. RIBBERT zur Hand.

338 naturgetreue, zum Teil farbige Textfiguren ergänzen das geschriebene Wort.

Grosse Klarheit und naturgetreue Illustration, das sind zwei unbestreitbare Vorzüge des RIBBERT'schen *Lehrbuches.* (Preis 18 Fr. 70.)

Doc. Dr. BERNHARD ROSINSKI, Königsberg i. Pr.

Die Syphilis in der Schwangerschaft.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart 1903.)

ROSINSKI giebt auf 206 Seiten eine sehr hübsche monographische Bearbeitung der *Syphilis in der Schwangerschaft*, wofür ihm ganz besonders die Geburtshelfer dankbar sein werden, von derer Seite bis jetzt die Uebertragung der Syphilis nicht die gleiche Würdigung erfahren, wie von Seiten der Syphilidologen und Pædiater.

ROSINSKI geht streng kritisch vor, die Litteratur genau kennend und eigene klinische und pathologisch-anatomische Tatsachen hinzufügend; es wird die goldene Mittelstrasse eingehalten und ein extremer Standpunkt stets vermieden.

Der Reihe nach werden besprochen:

A. Die verschiedenen Uebertragungsmodi.

B. Die Einwirkung der durch die Schwangerschaftsvorgänge übertragenen Syphilis auf Mutter und Kind.

C. Die Bedingungen für das Zustandekommen der uterinen Uebertragung der Syphilis.

D. Die Nomenklatur.

E. Die klinischen Erscheinungen.

F. Die spezifischen Gewebsveränderungen in den Fœtalorganen.

G. Die syphilitische Erkrankung der Placenta.

H. Die Prognose und Therapie,

7 chromographische Tafeln und 17 Abbildungen im Text sind beigegeben. Druck und Papier vorzüglich. (Preis 13.35.)



Prof. Dr. H. Sellheim, Freiburg i. B.

Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens im Zustand der Ruhe und unter der Geburt.

(Verlag von S. Bergmann, Wiesbaden, 1903.)

Der Verf. ist bereits bestens bekannt durch die Veröffentlichung sein *Topographischen Atlasses zur normalen und pathologischen Anatomie d weiblichen Beckens.*

Auf 9 grossen Tafeln werden nun die Muskeln des weiblichen Becken in Lebensgrösse wiedergegeben: 1. Einblick von oben in das Muske becken. 2. Medianer Sagittalschnitt. 3. Dammuskeln, Diaphragma ur genitale und Diaphragma rectale (von unten präpariert). 4. Sagitta schnitt in der rechten Beckenhälfte etc. Den beigegebenen Text begleite 16 Abbildungen, die dartun, auf wie interessante Art und Weise sich di Muskeln den Knochen anschmiegen, um das Beckenlumen nicht zu kon promittieren. Das sehr schöne Werk ist hauptsächlich für den wisser schaftlich strebenden Arzt und zu Demonstrationszwecken bestimmt (Preis 18 Fr. 70.)

Prof. Dr. H. Sellheim, Freiburg i. B.

Leitfaden für die geburtshülflich-gynækologische Untersuchung.

Zweite Auflage.

(Verlag von Speyer und Kærner, Freiburg i. B. und Leipzig, 1903.)

Es wird auf 58 Seiten und an Hand von 11 Abbildungen der Gang de geburtshülflich-gynækologischen Untersuchung skizziert, wie er an de Hegar'schen Klinik eingehalten wird. (Preis 2 Fr. 70.)

E. C. J. von Siebold.

Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe.

(Zweite Auflage.)

(Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen, 1902.)

Der bekannte Tübinger Verleger Franz Pietzcker hat es sich zur lobenswerten Aufgabe gemacht, die von E. C. J. von Siebold im Jahre 1838 veröffentlichte Geschichte der Geburtshülfe in zweiter Auflage unverändert erscheinen zu lassen.

Jeder, der sich um die Geschichte der Medizin interessiert, wird die eiden hübschen Bände mit Freuden begrüssen.

Ein würdigeres Denkmal hätte man dem verdienten E. C. J. von Siebold wohl nicht errichten können. (Preis 28 Fr. geb.)

Dr. Fritz Sippel.

Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlich-medizinischen und ethischen Standpunkt.

(Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen, 1902.)

Sippel teilt seine *preisgekrönte Schrift*, wie schon der Titel vermuten lässt, in 3 Kapitel:

I. *Geburtshilflicher Teil.* Die Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter.
   a) durch den geburtshilflichen Abort.
   b) bei Schwangerschaft kompliziert mit Gebärmutterkrebs.
   c) bei ektopischer Schwangerschaft und
   d) durch die Perforation des lebenden Kindes.

II. *Gerichtlich-medizinischer Teil.*

III. *Ethischer Teil.*

Es liegt hier eine sehr interessante Besprechung einer brennenden Frage vor, die nicht nur dem Mediziner, sondern auch dem Juristen und dem Philosophen, oder sagen wir besser, jedem denkenden Menschen zu Herzen geht.

Auf 219 Seiten wird das vorliegende Thema von den verschiedensten Seiten beleuchtet. (Preis 8 Fr.)

Doc. Dr. O. Schæffer, Heidelberg.

Atlas und Grundriss der Gynækologischen Operationslehre.

(Verlag von S. F. Lehmann, München, 1902.)

Es liegt der 28. Band der *Lehmann'schen Handatlanten* vor. Der Herausgeber dieses 28ten Band ist bereits durch die Veröffentlichung von 3 Werken, die ebenfalls in der *Lehmann'schen Sammlung* erschienen

sind, bestens bekannt: 1. Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe; 2. Geburtshilfliche Diagnostik und 3. Atlas und Grundriss der Gynækologie.

Das neue Opus, die gynækologische Operationslehre, reiht sich den Vorausgegangenen würdig an; es beherbergt auf 94 Seiten 42 farbige Tafeln und 21 zum Teil farbige Textabbildungen.

An Hand so schöner, künstlerischer und klarer Abbildungen operative Gynækologie zu studieren, ist nicht nur für den Studenten und den Arzt, sondern auch für Gynækologen selbst, eine wahre Freude.

(Preis 16 Fr.)

Dr. Richard Schæffer, Berlin.

Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfektionsfrage.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1902.)

Nach all' der reichen Arbeit auf dem Gebiete der Händedesinfektion. die aber noch so viele strittige Punkte späteren Forschungen überlassen. ist es als zeitgemäss zu begrüssen, wenn ein Forscher daran geht, mit streng kritischem Geiste ausgestattet, das Vorliegende zu sichten, auf Fehlerquellen in der Experimental-Untersuchung aufmerksam zu machen und die Wege zu weisen, um zu einheitlicheren Resultaten zu gelangen.

Dieser Aufgabe ist R. Schæffer nach des Referenten Auffassung gerecht geworden. Die vorliegende Arbeit bedeutet den Abschluss einer regen Periode experimentellen Schaffens; jetzt heisst es die aufgedeckten Fehlerquellen vermeiden und mutig weiter! R. Schæffer fügt auch «Eigene Händedesinfektions-Versuche» bei.

Das 110 Seiten starkes Werkchen enthält 12 Tabellen und 4 Abbildungen auf 2 Tafeln. (Preis 4 Fr. 70.)

Dr. Max Stolz, Graz.

Studien zur Bakteriologie des Genitalkanales in der Schwangerschaft und im Wochenbette. Statistisches. Selbstinfektion.

(Verlag von Leuschner und Lubenskys Universitätsbuchhandlung in Graz, 1903.)

Die vorliegende Bearbeitung der Bakteriologie des Genitalkanales umfasst 306 Seiten, sowie ein vollständiges Litteraturverzeichniss.

In einzelne Kapitel angeordnet, folgen Zusammenfassungen von schon Bekanntem mit eigenen neuen Untersuchungsergebnissen:

I. *Untersuchungen über den Keimgehalt der Scheide Schwangerer.*

II. *Die Untersuchung des Bakteriengehaltes der Uteruslochien an den einzelnen Tagen des Wochenbettes mit besonderer Berücksichtigung des vierten und neunten Tages.*

III. *Untersuchungen der Lochien Fiebernder:* Studien über den Wert der intrauterinen Spülungen bei der Infektion des Endometriums.

IV. *Klinische Studien.*

V. *Selbstinfektion.*

Wie vorstehende kurze Inhalts-Angabe beweist, gibt der Verf. nicht nur trockene bakteriologische Daten, sondern er benützt diese, um auch praktisch wichtige Fragen, wie intrauterine Spülung, Selbstinfektion etc. kritisch zu beleuchten.

Wir werden dem Verfasser Dank wissen, dass er es Jedem, auch dem beschäftigten Praktiker, ermöglicht hat, sich in kurzer Zeit auf dem noch etwas verworrenen Gebiete der Bakteriologie des Genitalkanales «in graviditate et in puerpero» leicht zurecht zu finden.

Tabellarische Zusammenstellungen fremder wie eigener Untersuchungen erleichtern nochwesentlich den Gesamtüberblick. (318 Seiten. Preis 16.70.)

Dr. G. Vogel, Würzburg.

Leitfaden der Geburtshülfe für prakt. Aerzte und Studierende.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1902.)

Das vorliegende Buch ist entstanden aus Aufzeichnungen, die sich Vogel für die seit mehreren Semestern von ihm gelesenen Ferienkurse über das Gesamtgebiet der Geburtshilfe und für die im Semester abgehaltenen Untersuchungs- und Operationskurse gemacht hat; daneben wurden Aufzeichnungen aus der klinischen und vor allem aus einer mehrjährigen poliklinischen Tätigkeit praktisch verwertet:

«Es soll und kann dies vorliegende Werkchen kein ausführlicheres Lehrbuch ersetzen, es soll nur ein Leitfaden sein und bleiben und vor allem soll es sich in allem **den Verhältnissen des praktischen Arztes anpassen**, der, wie Kussmaul sagt, auch in den verwickeltsten Fällen so entschlossen handeln muss, wie der Soldat auf einsamen Posten in Feindesland und den Niemand in der Noth mit seinem schützenden Schild deckt.»

Ein ganz vorzügliches, an Erfahrungen und praktischen Winken reiches Buch, das der Geburtshelfer in schwierigen Fällen gelegentlich in seiner Tasche als getreuer Consilius mitführen kann.

Der Leitfaden enthält 216 in den Text gedruckte Abbildungen und kostet 8 Fr.

F. v. WINKEL, München.

Ueber die Missbildungen von ektopisch entwickelten Früchten und ihre Ursachen.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1902.)

Das neueste Werk F. v. WINKELS ist in Atlasform herausgegeben. Zuerst kommen 31 Seiten Text: Die Häufigkeit von Missbildungen bei ektopischer Schwangerschaft schätzt F. v. WINKEL auf 50 %; die zweite Frage, die in Angriff genommen wird, ist diejenige nach der *Art der Missbildungen*, dann wird den *Ursachen dieser kindlichen Missbildungen* nachgeforscht: sehr geringe Fruchtwassermenge, Verwachsungen der kindlichen Oberfläche mit der Innenfläche des Sackes, abnorme Gestalt der Fruchtsackwandung, durch *Hæmorrhagien indurierte Beschaffenheit der Placenta,* zwei in einer Tube sich befindliche Eier, *aktive Tätigkeit der Muskulatur der schwangern Tube*, Umgebungen des Fruchtsackes.

Auf Seite 32—48 folgt die Casuistik, bestehend aus 73 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen und 14 eigenen Beobachtungen, dann folgen XI Tafeln mit vorzüglichen Abbildungen typischer Fälle.

Ein sehr interessantes, originelles Werk, das mit alteingewurzelten falschen Vorstellungen rundweg bricht und gestützt auf sorgfältige Beobachtung, neue Tatsachen zu Tage fördert. (Preis 16 Fr.)



Prof. Dr O. RAPIN, Lausanne.

Dr. O. Rapin, †.

Professor der Geburtshilfe an der Universität Lausanne.

1848—1902.

Der beliebte und allgemein geachtete Professor der Geburtshilfe an der Lausanner Universität, ist am 21. Dezember 1902 verstorben.

Im Jahre 1848 in *Granges*, einem kleinen Dorfe, geboren, kam Rapin schon im 5ten Lebensjahr Familienverhältnisse halber zu seinen Grosseltern nach *Payerne*. Im 9ten Lebensjahre verlor er seinen Vater; mit 16 Jahren hatte er die Klassen des Gymnasiums hinter sich und begann seine weiteren Studien (1864) an der *philosophischen Fakultät der Lausanner-Akademie*. Immer ein äusserst fleissiger Student, absolvierte er das Examen als «Bachelier» 2 Jahre später und sehen wir den jungen, mutig vorwärtsstrebenden Rapin im Oktober 1866 an der *medicinischen Fakultät in Bern* immatrikuliert. Im darauffolgenden Jahre hielt sich der angehende Mediziner in *Lyon* auf; dann finden wir ihn wieder in *Bern* und später in *Tübingen*.

Im Jahre 1868 zum drittenmal nach *Bern* zurückgekehrt, wurde er von Prof. Breisky zum Assistenten der Entbindungsanstalt ernannt, in welcher Stellung er 2½ Jahre verblieb.

Im Jahre 1872 folgte das *Waadtländer-Staatsexamen* in Lausanne und im Jahre 1873 die *Doktorpromotion* in Bern, nach Einreichung folgender These:

«*Sur l'engagement latéral de la tête à l'entrée du bassin partiellement rétréci.*»

Im Jahre 1874 wurde der inzwischen in *Lausanne* etablierte Arzt zum Direktor der Entbindungsanstalt ernannt, die sich in *Montmeillant* befand. Anno 1883 bezog er die Räume der neu eingerichteten *Maternité des Kantonspitals* und im Jahre 1890 wurde Rapin, gelegentlich der Gründung der Lausanner-Universität, zum *ausserordentlichen Professor der Geburtshilfe* ernannt, in welcher Stellung er bis zu seinem Tode verblieb.

Die nachfolgende Liste der Publikationen und Mitteilungen zeigt den ausserordentlichen Fleiss des zu früh dahingegangenen Arztes und Lehrers:

Ueber die Entstehungsweise der Uterinalgeräusche. *Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte*, 1872, p. 35. — Sur l'engagement latéral de la tête à l'entrée du bassin partiellement rétréci, avec 2 pl. *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1874, pp. 118, 169, 252, 273, 311, 355 et 400 et *Thèse de Berne*. — De la localisation du souffle utérin. *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1875, pp. 293 et 325. — Du bruit de souffle utérin. *C. R. et M. du Congrès international des sciences méd.*, sept., 1877, Genève, 1878, p. 469. — Communication sur un cas de tétanie infantile, avec 1 pl. *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1878, p. 187. — Un nouveau perforateur, avec 1 pl. *Ibid.*, 1879, p. 130. — Skizzen zum Einzeichnen gynäkologischer Befunde; en collaboration avec le Dr Conrad, 1re édit., Berne 1880, 2me édit. 1881. (Voir *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1881, p. 238. — Relation d'un cas de méningite traumatique. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1881, p. 244. — La rigidité et les taches cadavériques sont-elles toujours un signe certain de la mort? *Ibid.*, 1884, p. 27. — Rapport sur la Société vaudoise de médecine en 1884. *Ibid.*, 1885, p. 124. — Du raclage ou du curettage de l'utérus, *Ibid.*, 1888, p. 491. — Nouvelle curette irrigatrice, avec fig., *Ibid.*, 1891, p. 758. — Rétrodéviation utérine, nouvelle méthode de réduction avec pessaire combiné, avec 3 pl. (Mémoire présenté au *XIe Congrès internat. des Sc. méd.* à Rome), *Ibid.*, 1894, p. 409. — Réflexions sur un cas de rupture utérine présenté par M. Muret, avec 1 fig., *Ibid.*, 1895, p. 210. — Multipare, bassin rachitique généralement rétréci et plat, opération césarienne, enfant vivant, mère guérie, avec 3 fig., *Ibid.*, 1895, p. 213. — La fièvre puerpérale sans localisations n'existe pas, avec une courbe. *Ibid.*, 1895, p. 527. (*Congrès des méd. suisses*, 3 mai 1895), *Ibid.*, p. 278. — Un procédé de suture dans l'opération de Schrœder, avec 1 fig., *Ibid.*, 1896, p. 302. — Un nouveau procédé d'hémostase osseuse, avec 1 fig., *Ibid.*, 1896, p. 303. — Dystocie causée par une tumeur des annexes, ablation par le vagin, forceps, enfant vivant, mère guérie. *Ibid.*, 1896, p. 349. — Incision esthétique dans la laparotomie. *C. R. du Congrès internat. de gyn. et d'obst., de 1896*, Genève 1897, Gynécologie II, p. 61. — Lettre communiquant un cas de vagissement utérin rapporté par le Dr Murisier, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1899, p. 80. — Physométrie artificielle comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail, *Ibid.*, 1899, p. 688. (*Congrès de Gyn. et d'Obst.* d'Amsterdam, août 1899 et *Soc. vaud.*, 20 sept. 1899). — Le vagissement intra-utérin comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail. *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 99. p. 624. — Physométrie artificielle, en collaboration avec le Dr Barraud, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1900, p. 38. — Grossesse

nerveuse suggestive, *Semaine médicale*, 10 juillet 1901, p. 225. — *Séjour prolongé du fœtus pendant le travail dans la cavité cervicale énormément dilatée, avec 5 fig, Ibid., 13 nov. 1901, p. 369.*[1] — Un cas de grossesse dans un utérus cloisonné, avec 4 fig. en collaboration avec le Dr de Senarclens, *Ibid.*, 1902, p. 51.

Die Mehrzahl dieser Publikationen etc. wurden zuerst der *Société vaudoise de médecine* mitgeteilt; weitere Mitteilungen Rapin's in der gleichen ärztlichen Gesellschaft, erschienen bis zum Jahre 1880 im *Bulletin* und von 1881 an in der jetzt noch bestehenden *Revue médicale de la Suisse Romande*:

Présentation d'un fragment de l'iléon portant un diverticulum, 1874, p. 149. — Expériences sur un poumon de nouveau-né asphyxié, 1874, p. 155. — Glande thyroïde hypertrophiée chez un nouveau-né, 1875, p. 362. — Engagement de la tête au détroit supérieur d'un bassin plat, 1875, p. 362. — Réduction d'une luxation de l'épaule par un procédé inverse de celui de Kocher, 1875, p. 366. — Papillomes de la matrice enlevés chez une femme enceinte, 1876, p. 154. — Deux cas de déformation du pied, suite d'accouchement, 1876, p. 267. — Un cas de tétanos puerpéral, 1878, p. 74. — Mort subite chez une femme atteinte de bronchite, *Ibid.*, 1878, p. 115. — Trachéotomie au chloroforme, 1879, p. 9. — Chloral dans diphtérie, 1879, p. 75. — Signe de fracture du péroné, 1879, p. 202. — Siphonage de l'intestin dans occlusion, 1880, p. 11. — Eponge noircie, 1881, p. 188. — Trépan modifié et pince à faux germe, 1881, p. 572. — Kyste dermoïde de l'ovaire, 1881, p. 747. — Aiguille extraite du dos, 1883, p. 99. — Accouchement de trijumeaux, 1883, p. 99. — Insufflation de bouche à bouche pour ranimer les nouveau-nés, 1883, p. 100. — Aimantation des corps étrangers, 1884, p. 602. — Placenta annulaire, 1884, p. 603. — Cas de rougeole, 1885, p. 298. — Lacunes des os pariétaux chez les nouveau-nés, 1886, p. 234. — Transformation de présentation, 1888, p. 301. — Présentation de malades à la Maternité, 1888, p. 356. — Observations pendant un séjour à Leysin, 1890, p. 492. — Deux cas d'hémicéphalie humaine, 1892, p. 166. — Tumeur de la trompe, 1892, p. 168. — Fausse grossesse nerveuse, 1892, p. 330. — Rupture utérine pendant l'accouchement, 1892, p. 761. — Nouveau porte-aiguille à trois mors, 1893, p. 276. — Nouveau procédé de redressement utérin, 1893, p. 276. — Deux cas d'absorption de teinture d'iode par le vagin, 1893 p. 451. — Un cas de grossesse extra-utérine, 1893, p. 725. — Col utérin

[1] *Anmerkung.* Diese Arbeit ist uns leider bei der Abfassung der *Gynæcologia Helvetica II* entgangen.

prolabé amputé chez une femme enceinte, 1894, p. 329. — Naine enceinte avec bassin asymétrique rétréci, 1894, p. 330. — Moulage d'un col prolabé amputé, 1894, p. 520. — Opération pour mamelons ombiliqués, 1894, p. 520. — Présentation de malades au Congrès des méd. suisses. 1895. p. 285. — Kyste séreux du ligament large opéré, 1895, p. 610. — Traitement de la fièvre puerpérale, 1895, p. 669. — A propos d'un cas de symphyséotomie, 1896, p. 368. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche opéré, 1897, p. 128. — Missed abortion, 1897, p. 129. — Rupture de l'utérus, 1897, p. 319. — Incision esthétique, 1897, p. 320. — Deux préparations provenant d'avortement, avec 3 fig., 1897, p. 729. — A propos d'un cas de symphyséotomie, 1898, p. 211. — Deux cas d'hémorragie utérine au huitième mois (lunaire) de la grossesse, 1899, p. 288. — Deux cas d'hystérectomie vaginale, 1899, p. 720. — Cancer du rectum, opération de Kraske, 1899, p. 766. — Môle hydatique opérée, 1900, p. 79. — Porc à chemise, 1901, p. 271. — Méningocèle et encéphalocèle, 1901, p. 273. — Tétanos suite d'injection de gélatine, 1902, p. 489.

(Ein detaillierter Nekrolog, von Prof. Rossier verfasst, findet sich in der Revue Médicale de la Suisse Romande, No. 1, 1903, pag. 70.)

Namens-Register.

Sach-Register.



Prof. Dr. Bischoff

Gynæcologia Helvetica

Herausgegeben

von

Dr O. BEUTTNER

Privat - Dozent a. d. Universität Genf.

Vierter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1903)

Mit 10 Tafeln und 80 Abbildungen im Text

nebst

Portrait von Prof. J. J. Bischoff, Basel.

GENF
Henry Kündig, Verlag.

1904

VORWORT

Die Ernte des Jahres 1903 ist eine fast überreiche!

Sie dokumentiert auf den uns interessierenden Gebieten ein reges Arbeiten und Forschen.

So ist aus den medizinischen Fakultäten der Universitäten **Basel, Bern und Zürich** je eine **hervorragende histologische Arbeit** veröffentlicht worden.

Das Inhalts-Verzeichnis hat sich um ein ständiges Kapitel, um

« Die Mitteilungen aus Krankenhäusern »

vermehrt und hoffen wir zuversichtlich, dass nach und nach immer zahlreichere Vorsteher von Spitälern ihre casuistischen Beobachtungen in event. Jahresberichten niederlegen werden.

Der Leser sei ganz besonders auf die **Veterinär-Geburtshülfe und Gynæcologie** aufmerksam gemacht; bei eingehenderem Studium dieses Abschnittes der **Gynæcologia Helvetica IV**, wird sich ihm die Ansicht aufdrängen, dass die hæmatogene Infektion in der Aetiologie der Mastitis eine vielleicht wichtigere Rolle spielt, als dies heutigen Tages zugestanden wird.

Weitere Arbeiten werden den grossen Einfluss der Eutererkrankungen auf die Säuglingssterblichkeit dartun.

Wir haben auch der

« Geschichte der Gynæcologie in der Schweiz »

einen breiten Raum gewährt und sind wir Herrn Dr. Bischoff in Basel ganz besonders verpflichtet, der durch sein gütiges Entgegenkommen die Veröffentlichung der

« Tagebuch-Notizen »

seines Vaters ermöglichte.

Die Illustration ist auch dieses Jahr eine reiche!

Ich schulde in dieser Richtung ganz besondern Dank den Herrn Professoren ETERNOD und A. REVERDIN in Genf und GUILLEBEAN in Bern; ich fühle mich aber auch allen Collegen gegenüber verpflichtet, die auf die eine oder andere Weise mein gewiss nicht leichtes Unternehmen gefördert.

Die « **Ausländische Litteratur** »

haben wir stets so referiert, dass der Leser in der Lage ist, sich genau über den Inhalt und die Tendenz eines event. anzuschaffenden Werkes zu orientieren.

So möge denn der 4. Jahrgang sich neue Freunde werben!

Genf, im Monat Juni 1904.

Inhalts-Verzeichnis.

I.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

Dr. ANSELM, Basel:

Zur Behandlung der Gesichtslagen*.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 24, pag. 1024, 1903.)

Die Arbeit basiert auf dem in den letzten 14 Jahren zur Beobachtung ekommenen Gesamtmaterial der *Basler Frauenklinik* unter FEHLING, UMM und v. HERFF.

ANSELM verfügt über 73 Fälle, welche, mit Ausnahme von dreien lso in 96 %), exspektativ behandelt wurden.

Die Resultate dieser exspektativen Behandlung sind gewiss nicht hlecht: 11,4 % Kindersterblichkeit, nur eine schwere und 7 leichtere sphyxien, keine Kindersterblichkeit im Laufe der nächsten Tage durch chädigung der Streckhaltung intra partum und 23,3 % Gesamtperationsfrequenz.

Gute Erfolge einer exspektativen Behandlung werden ebenfalls von STRÉIL in der *Wiener klin. Rundschau* berichtet.

Ein grösseres Material über die Erfahrungen und Resultate bei Umandlung von Gesichtslagen in Hinterhauptslagen, sowohl durch rein

* Nach einem Vortrage in der Medicinischen Gesellschaft Basel, vom 5. März 1903.

Die Anordnung sämtlicher Publikationen ist nach dem Namens-Alphabet gecheben.

äussere wie durch innere und kombinierte Handgriffe, liegt in der umfassenden Arbeit von Opitz aus der *Berliner Klinik* vor.

Nach einer epikritischen Besprechung der von Opitz publizierten Resultate, sagt Anselm wörtlich folgendes:

« *Wir sehen also, dass die exspektative Behandlung der Gesichtslagen in den Händen dreier Geburtshelfer, der Herren Professoren Fehling, Bumm und v. Herff, am gleichen Materiale, zum mindesten die gleichen, wenn nicht bessere Erfolge gezeitigt hat, als die von Opitz berichtete rechtzeitige Umwandlung der Streckhaltung in Beugehaltung, ganz abgesehen davon, dass letztere Handgriffe, bei Nichtbeachtung der hierfür geltenden Bedingungen, für die Mutter sehr gefährlich werden können. Es liegt demnach kein Grund vor, von dem altbewährten Verfahren, Geduld zu haben, abzugehen**. »

Dr. J. Bastian, Genf:

Zur Frage der Probe-Hysterotomie; im besondern zur Frage der vorderen, medianen Hysterotomie.

De l'hystérotomie exploratrice et en particulier de l'hystérotomie médiane antérieure.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 12, pag. 812, 1903.)

Bastian hat im Jahre 1898 seine erste *Probe-Hysterotomie* ausgeführt (Maternité de Genève) und seither in seiner Privatklientele noch 3 weitere hierher gehörige Fälle operiert:

1) 32-jährige Multipara; seit einem Monat starke Metrorrhagien; heftige Schmerzen « in abdomine » und seit einigen Tagen schleimig-eitriger Ausfluss, mit Temperaturerhöhung. Uteruskörper vergrössert; innerer M. m. für den Finger passierbar. *Probe-Hysterotomie:* Extraction eines Polypen.

2) 40-jährige Multipara, häufige Blutverluste; hat 3 oder 4 Curettage durchgemacht, die zu keiner Besserung geführt. Vaginale Hysterectomie vorgeschlagen. Uterus klein; Adnexe ohne Besonderheiten. Da die Operation verweigert wird: *Probe-Hysterotomie:* Man findet nichts weiteres, als überall eine bestimmte Resistenz beim Abtasten der Uterushöhle. Curettage. Die Blutungen haben in der Folgezeit ab-

* Siehe diesen Jahrgang: Dr *Moosmann:* « Ueber Gesichts- und Stirn-Lagen der Berner Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik in den Jahren 1874-1901. » sowie daselbst: Dr *Ziegler:* « Ueber Gesichtslagen. »

nommen, aber wenn sie wieder einsetzen sollten, dann soll die vaginale Hysterectomie ausgeführt werden.*

3) 24-jährige Primipara. Menorrhagie; seit 3 Monaten dauern die Regeln 10-12-14 age. Uterus leicht vergrössert, nicht druckempfindlich; Adnexe normal. Unvollständiger Abortus? Dilatation und Curettement. Im Verlaufe der Auskratzung wird ie Curette in ihren Bewegungen gehemmt, wie wenn ein Fremdkörper « in utero » orläge; die intrauterine Austastung ist nicht im Stande alle Zweifel zu heben; man onstatiert einen runden, weichen Tumor oberhalb des inneren Muttermundes, der isweicht.

Probe-Hysterotomie: Placentarpolyp von Mandel-Grösse.

In den drei eben citierten Fällen handelt es sich um eine *temporäre Hysterotomie,* d. h. um eine temporäre, mediane Spaltung des Cervicalcanales (bis über den inneren M. m. hinaus). Um zu einer genügenden Dilatation des inneren M. m. zu gelangen, gibt es allerdings verschiedene Methoden, blutige und unblutige. Bastian verwirft die Dilatation mit Laminariastiften, weil sie zur Infektion Veranlassung geben könne.

Die Hegar'schen Dilatatoren werden hauptsächlich nur bei Endometritis fungosa in Anwendung gezogen, wenn der innere M. m. nicht genügend erweitert ist, um die Curette einzuführen. Soll aber der untersuchende Finger in die Uterushöhle selbst eingeführt werden, dann muss nach Bastian immer die Probe-Hysterotomie vorausgehen, d. h. der ganze Cervicalkanal gespalten werden.

Die verschiedenen Verfahren zur Durchtrennung des inneren Muttermundes.

A. *Wegen Stenose.*	B. *Zur intrauterinen Austastung.*
1) Hysterostomatie, Tracheloto-mie, *Schröder*'sche Operation (1881).	Uni-und bilaterale Probe-Hysterotomie.
2) Sphincteren Hysterotomie. (Delafontaine 1898).	Temporäre Sphincteren Hysterotomie oder Probe - Hysterotomie (*Bastian* 1898).
3)	Antero-posteriore Hysterotomie.

* Bevor die vaginale Hysterectomie in Frage kommt, wäre nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge zuerst noch ein Heilungs-Versuch mit der *Atmokausis* zu machen. (Gynæc. Helv. III, pag. 265: Dr *Pincus*: « Atmokausis und Zestokausis). »

Die hauptsächlichsten Verfahren der Probe-Hysterotomie sind demnach:

1) Die uni- und bilaterale Hysterotomie.

2) Die temporäre Sphincteren-Hysterotomie, und

3) Die anterior-posteriore Hysterotomie.

Diese 3 verschiedenen Methoden werden zum Schlusse, an Hand sehr klarer Abbildungen, beschrieben:

1) *Die uni- und bilaterale Hysterotomie.*

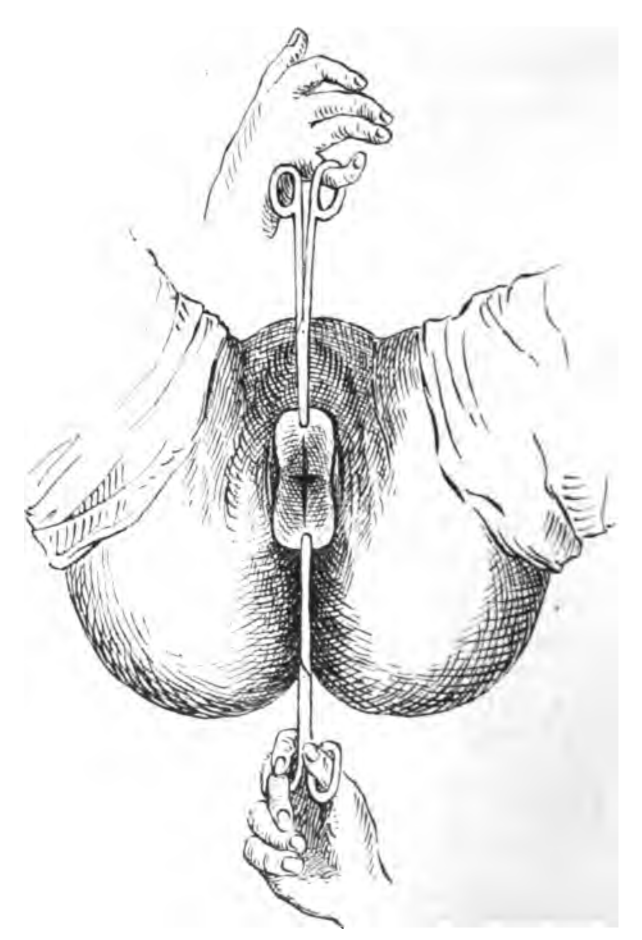
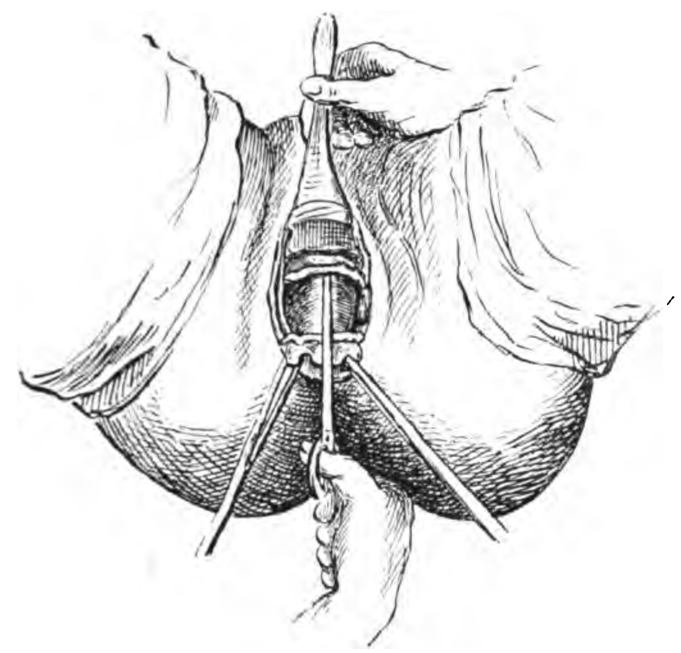
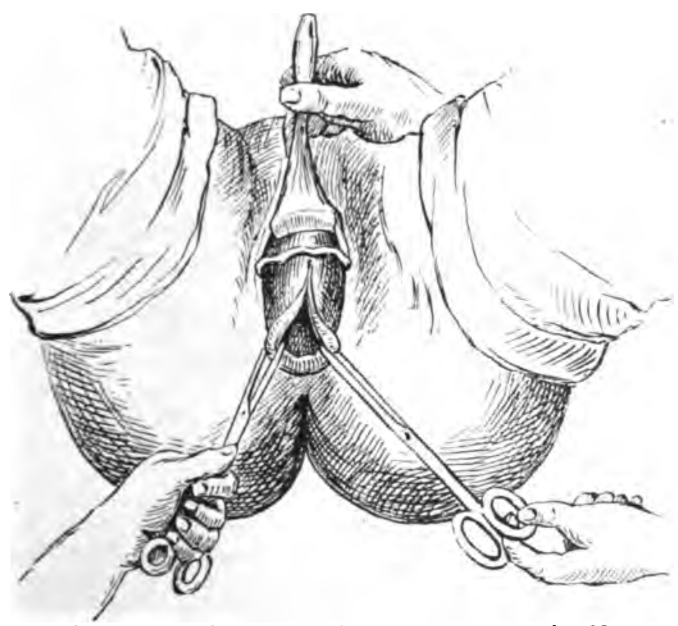


Fig. 1. Uni- und bilaterale Spaltung der Cervix nach querer Abtrennung der Vagi

2) *Die temporäre Sphincteren-Hysterotomie.*



ig. 2. **Mediane Spaltung der unteren Uteruswand nach vorheriger Ablösung und Zurückdrängung der Blase.**



ig. 3. **Nach der medianen Spaltung wird ein leichter Zug an den Muzeux ausgeübt.**

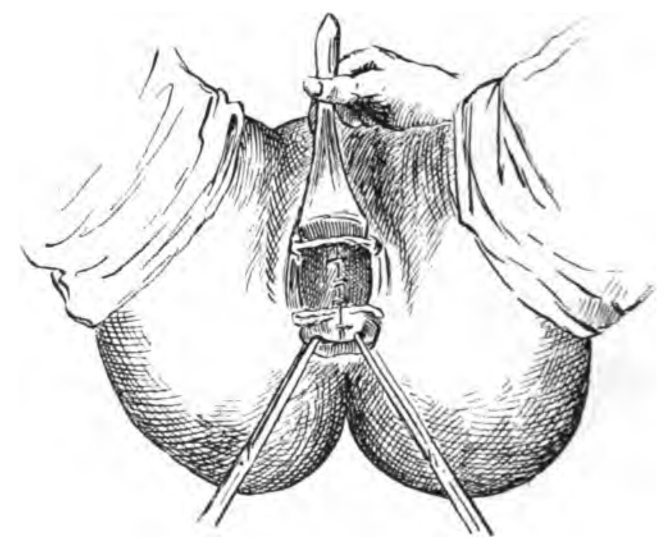


Fig. 4. **Uterusnaht.**



Fig. 5. **Scheidennaht.**

3) *Die anterior-posteriore Hysterotomie.*

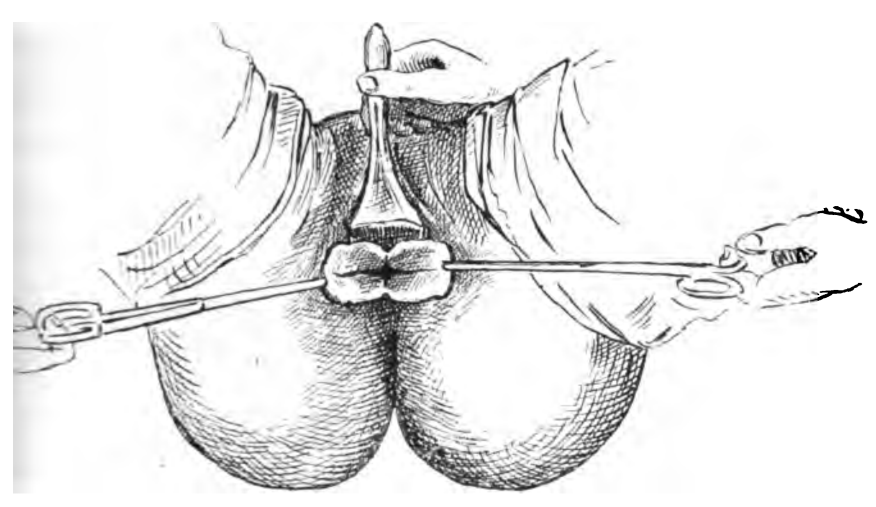


Fig. 6. Anterior-posteriore Spaltung der Cervix.

Der Vollständigkeit halber soll auch die erste aus dem Jahre 1899 stammende ublikation *Bastian's*, über das gleiche Thema, hier kurz referiert werden:

Dr. Bastian, Genf:

ie temporäre Sphincteren-Hysterotomie in diagnostischer Hinsicht.

De l'Hystérotomie sphinctérienne temporaire en tant qu'opération exploratrice.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 5, 1899.)

Die erste Sphincteren-Hysterotomie wurde von Bastian im Juli 1898 n der Genfer Frauenklinik unter Prof. Vaucher ausgeführt:

30-jährige Frau, zum letztenmal menstruiert im Monat März (1898); die Patientin ritt am 10. Juli in die Genfer-Frauenklinik ein mit der Diagnose: « Abort ». Uterusundus 3 Querfinger breit oberhalb der Symphyse. Portio aufgelockert; im äussern 1. m. fühlt man Placentarmassen. 40.2 Temperatur. Narkose: Man konstatiert im bdomen einen faustgrossen, höckerigen Tumor, der äusserst mobil ist. Entfernung es Placentargewebes; beim Versuch die Uterushöhle abzutasten, contrahirt sich der nnere M. m. sehr stark und zu gleicher Zeit etabliert sich eine starke Blutung, die uch eine Tamponade nicht aufzuhalten vermag. Quere Incision der vorderen Vainalwand; die Blase wird nach oben geschoben und die vordere Uteruswand bis ber den innern M. m. hinaus durchtrennt; Curettage der Uterushöhle; Schluss der esetzten Wunden.

Da die von BASTIAN im vorliegenden Falle ausgeführte Hysterotomie nur *der Diagnose* dienen soll, so schlägt er vor, sie, im Gegensatz zur Hysterotomie wegen Stenose (DELAFONTAINE), *die temporäre Hysterotomie* zu nennen. In *therapeutischer Hinsicht* käme sie jedesmal dann in Frage (nach BASTIAN), wenn, bei beginnender Austreibung eines intrauterinen Polypen und im Falle von Retention von Placentaresten, der innere M. m. einer schnellen Dilatation Widerstand entgegensetzt.

In *diagnostischer Hinsicht* soll die temporäre Hysterotomie jedesmal dann indiziert sein, wenn die Austastung der Uterushöhle in Frage käme.

Die HEGAR'sche Dilatation ist nach BASTIAN veraltet und ungenügend und muss durch die *temporäre Sphincteren-Hysterotomie* ersetzt werden.

Anmerkung des Referenten. **Ich glaube nicht, dass *Bastian* mit seiner Methode Schule machen wird; wenn er findet, dass man mit den *Hegar'schen Dilatatoren* nicht genügend zum Ziele kommt, (was vorderhand nicht erwiesen ist), so stehen uns noch weitere, sehr wirksame Dilatatoren zu Gebote *(Pajot, Scanzoni, Sims.* etc.), auch gibt die *Laminaria-Dilatation* vorzügliche Resultate. (Die Furcht vor Infektion ist bei gut präparierten Laminariastiften unbegründet *). Im weitern kann man sich der *Jodoformtampons-Dilatation* bedienen, wie solche von dem verstorbenen, genialen Schweizer-Gynæcologen, *Prof. Vulliet in Genf* zuerst in die Gynækologie eingeführt worden ist. Auf diese Methode soll hier noch eingegangen werden, um ihr auch einen Ehrenplatz in der Gynækologia Helvetica zu sichern:**

Prof. VULLIET — Prof. LUTAUD, Genf-Paris:

Vorlesungen über operative Gynækologie.

Leçons de Gynécologie opératoire.

Mit 200 Abbildungen im Text.

(A. Maloine, Libraire-Editeur, Paris 1890.)

VULLIET beschreibt auf Seite 75-90 seine Methode. Er zieht zur Dilatation mit Vorliebe die Knie-Ellenbogenlage in Anwendung, hat sich aber auch der Steinschnittlage bedient.

*** Ich halte mir meine Laminariastifte in folgender von *Prof. Girard* in Bern angegebenen Lösung und habe nie etwas Unangenehmes erlebt:**

Kg.	Hydrargyr. bijod.	0.25.
	Natr. jodat.	0.20.
	Acid. tartaric.	0.25.
	Alcohol. absolut.	250.00.

Technik der Dilatation vermittelst Tamponade in Knieellenbogenlage. Die hintere Vaginalwand mit Perineum wird durch ein möglichst breites Platten-Speculum nach oben gezogen; die vordere Vaginalwand dagegen wird durch eine lange und schmale Platte nach unten gedrückt, so dass der äussere M. m. gut sichtbar wird. Fünf Minuten vor der zu beginnenden Dilatation wird ein Cocaïn-Watte-Tampon (5-10-20 %) in die Vagina eingeführt.

Einführung der Tampons. Ist der Cervicalkanal eng etc., so wird zuerst ein Laminariastift eingelegt oder auch Metall-Dilatatoren eingeführt; ist der Cervicalkanal von vorneherein schon durchgängig, so kann mit der eigentlichen Tamponade sofort begonnen werden.

Mit einer langen und schmalen Pincette werden die Tampons (von Erbsen-Nussgrösse und Fixationsfaden) in die Cervixhöhle hineingeschoben und dann mit einer festen Sonde vorgestossen: so wird fortgefahren, bis dass die ganze zur Verfügung stehende Höhle bis zum äusseren M. m. vollgepfropft ist. Die Tampons bleiben gewöhnlich 48 Stunden liegen und werden dann durch neue ersetzt.

Je nach dem zu verfolgenden Zweck, einfache Austastung oder Besichtigung der Uterushöhle, muss man die Tamponade variren.

Wenn die Muskelsubstanz des Uterus nicht krankhaft verändert ist, dann ist die Dilatation des unteren Gebärmutterabschnittes schwerer zu erreichen, als die des oberen; in diesem Falle legt Vulliet ein Bündel von Laminariastiften in den Cervicalkanal und in die Axe dieses Bündels einige Tampons, so dass die Laminariastiften pyramidenförmig liegen; innert 10-15 Stunden ist so eine konische Dilatation erreicht.

So wird nach und nach die Uterushöhle vollständig dem Auge sichtbar.

Nach Betrix sind gewöhnlich 6-8 Tamponaden und 15-20 Tage notwendig, um die Uterus-Innenfläche dem Auge zugänglich zu machen. Vulliet hat zu diesem Zwecke ein *Intrauterin-Speculum* angegeben.

Die Dilatation ist indicirt:

1. Um dem Cervicalkanal sein normales Lumen und seine normale Verlaufsrichtung wiederzugeben.

2. Um das Einführen von kleinen und mittelgrossen Instrumenten, zu therapeutischen Zwecken, zu gestatten.

3. Um den Finger, mit oder ohne Instrument, einführen zu können und

4. Um das Uterus-Innere, mit oder ohne Intrauterin-Speculum, besichtigen zu können.

Dr. A. Bétrix, Genf:

Die gynækologische Uterustamponade in ihrer Beziehung zur Dilatation und zur Therapie.

Du Tamponnement utérin en Gynécologie appliqué à la Dilatation et à la Thérapeutique.

(Librairie Stapelmohr, Genève, 1889.)

Bei Gelegenheit der Erwähnung der Vulliet'schen Methode der Uterus-Dilatation ist es wohl angebracht, auf eine eingehende Bearbeitung dieses Gegenstandes aufmerksam zu machen, die selbe durch Dr. Bétrix in Genf, im Jahre 1889, gefunden.

Da Bétrix während längerer Jahre Assistent bei Prof. Vulliet gewesen war und die verschiedenen Wandlungen des letztern Dilatations-Methoden miterlebte, so können wir einer authentischen Beschreibung sicher sein.

Nach einem historischen Ueberblick schildert Bétrix die verschiedenen Methoden der Uterustamponade und hier vor allen die Methode von Prof. Vulliet; dann wird auf die Modifikationen eingegangen, die diese Methode durch die verschiedensten Gynækologen erlitten. In einem dritten Kapitel wird ein Vergleich zwischen den verschiedenen Dilatationsverfahren und der Dilatation vermittelst der Tamponade angestellt; auch wird auf der Vulliet'schen Methode gemachten Kritiken eingegangen.

Die Nutzanwendung der Tamponade in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht wird in's richtige Licht gestellt und zum Schlusse noch einzelner, spezieller Affektionen gedacht (Endometritis chronica, Flexionen des Uterus, Hydro-, Hæmato- und Pyosalpinx; submucöse und interstitielle Fibrome und maligne Uterustumoren), bei denen die Uterustamponade gute Dienste zu leisten im Stande ist; auch wird die Vulliet'sche Tamponade dazu verwendet, chirurgische Interventionen zu präparieren und zur postoperativen Nachbehandlung.

Bétrix schliesst seine 108 Seiten starke Abhandlung mit folgenden Sätzen:

« Die intrauterine Tamponade ist nicht nur ein schätzbares Dilata-onsmittel, sondern repräsentiert auch zugleich eine vorzügliche thera-ıutische Methode.

Zur Ausführung der Tamponade kann man sich der Watte- oder der odoformgaze-Methode bedienen, je nach den speciellen Indicationen, er Natur der Affektion oder je nach der Vorliebe des Gynækologen. m eine künstliche Dilatation der Uterushöhle herbeizuführen, die die inführung eines Fingers oder eines voluminösen Katheters gestattet, enügt die Tamponade in den weitaus meisten Fällen; in andern Fällen agegen müssen noch andere Mittel in Anwendung gebracht werden, ie metallene Bougies und Laminariastifte.

Nur vermittelst der Tamponade aber ist man im Stande, die Dilatation *d libitum* zu verlängern (ohne unangenehme Zufälle befürchten zu üssen) und so lange aufrecht zu erhalten, als es die therapeutische ntervention verlangt.

Nur durch die Tamponade kann man des weitern eine ausgiebigere Eröffnung erzielen, ausgiebiger, als alle andern Mittel erlauben, wodurch lie genaue Untersuchung der Uterushöhle ermöglicht und eine event. hirurg. Intervention wesentlich erleichtert wird.

Die Möglichkeit einer genügenden Dilatation, allein durch die Tam-onade, dürfte eigentlich heutzutage nicht mehr angezweifelt werden, achdem darüber die erfahrensten Gynækologen, gestützt auf zahlreiche Fälle, einig sind.

Die Tamponade repräsentiert eine ausgezeichnete, antiseptische Be-andlungs-Methode und eine vorzügliche Uterus-Drainage, die haupt-ächlich bei allen virulenten und septischen Affektionen, sowie nach der Abtragung von Tumoren oder nach andern intrauterinen Eingriffen (Cauterisationen) in Anwendung zu kommen verdient.

Als hæmostatisches Mittel ist die intrauterine Tamponade der vagi-nalen vorzuziehen, da sie energischer wirkt, weniger schmerzhaft und angenehmer für die Patientin ist.

Um während längerer Zeit medimencatöse Pulver und Flüssigkeiten mit der Uterusschleimhaut in Berührung bringen zu können, ist die Tamponade ein geeignetes Verfahren.

Die durch die eingeführte Gaze ausgelösten Contraktionen führen in der Struktur des Gebärmuttermuskels nicht zu unterschätzende Aende-rungen herbei, die ihrerseits im Stande sind, krankhafte Zustände gün-stig zu beeinflussen (Gebärmutterverlagerungen, Endometritiden und

chronische Metritiden). Die utero-motorische Einwirkung ist evident und deshalb ganz besonders vorteilhaft, weil durch sie keine Schmerzen ausgelöst werden.

Die intrauterine Tamponade ist zugleich bei zahlreichen gynækologischen Affektionen indiciert. So sollte sie bei der Endometritis, hauptsächlich der catarrhalischen Form derselben, ohne Fungositäten, allen andern therapeutischen Massnahmen vorgezogen werden.

Für die atrophischen Formen, oder die gonorrhoischen und tuberkulösen Endometritiden, sollte die medicamentöse Tamponade nach Fritsch vorherrschend sein.

Betreffs der *Uterus-Deviationen*, besonders der Flexionen, soll die Tamponade den Cervicalkanal wieder herstellen, soll das Gewebe des Gebärmuttermuskels modificieren, die bestehende Endometritis günstig beeinflussen, die Reduktion erleichtern und die Dilatation für längere Zeit erhalten, damit die Massage und Lostrennung von Adhærenzen und Strängen bewerkstelligt werden kann.

Bei chronisch gewordenen Beckencomplikationen, wie Sekretansammlungen in den Eileitern, kann die Drainage der Uterushöhle vermittelst der Tamponade, kombiniert mit Massage, zur Austreibung der in den Tuben enthaltenen Flüssigkeitsmenge und zur Heilung führen. Man sollte keine Salpingotomie und keine Castration unternehmen, bevor man es mit der Tamponade versucht.

In diagnostischer und therapeutischer Hinsicht (palliatif und operativ) bezüglich der Fibrome, submucöse und bestimmte interstitielle, kann man der Tamponade kaum entbehren; sie lenkt die Folgen operativer Eingriffe in sichere Bahnen und stellt eine vorzügliche, antiseptische Behandlungs-Methode dar.

Bei der *palliativen Behandlung* maligner Tumoren des Collum und des Corpus uteri (Cauterisation), wird die Tamponade dafür sorgen, dass die betreffende Höhle dilatiert bleibe und dass sich event. blutende Flächen nicht berühren; des weitern wird sie die Infektion und Retention fœtider Flüssigkeiten verhindern und so das zu leisten im Stande sein, was man mit Fug und Recht von ihr verlangen kann.»

Doc. Dr. A. Bühler, Zürich:

Rückbildung der Eifollikel bei Wirbelthieren.

Aus dem anatomischen Institut zu Zürich.

Morphologisches Jahrbuch XXX 3 u. XXXI. 1. Wilhelm Engelmann, Leipzig, 1902.)

Bühler gibt auf 93 Seiten eine vorzügliche Darstellung der Rückbildungsvorgänge der Eifollikel bei Fischen und Amphibien.

Es sind 4 Tafeln mit 48 Abbildungen beigegeben; im Text befinden sich des weiteren noch zwei Figuren. Das Litteraturverzeichniss führt 46 einschlagende Arbeiten auf.

Wir können hier nur die von Bühler selbst gegebenen « *Zusammenfassungen* » bringen und müssen den Leser bezüglich Details auf die Originalarbeit verweisen.

Nach einem geschichtlichen Rückblick und der Beschreibung der in Anwendung gebrachten Untersuchungsmethoden geht Bühler zu den eigentlichen Untersuchungsobjekten selbst über:

I. FISCHE.

Rückbildung des geplatzten Follikels. (Corpus luteum.)

A. Bei Petromyzon planieri und bei Myxine glutinosa (Cyclostomi).

B. Bei Coregonus Haglingus I (Bühler). Telleostei, Knochenfische).

Zusammenfassung.

« Überblicke ich abschliessend die gewonnenen Resultate, so ergiebt sich, dass bei den untersuchten Cyclostomen und Knochenfischen die Veränderungen, welchen der Eifollikel nach dem natürlichen Austritt des Eies unterliegt, fast ausschliesslich in einer totalen Rückbildung bestehen. Dieser Process ist am reinsten ausgesprochen bei Coregonus, wo wir es zu thun haben mit einer einfachen Atrophie des Ganzen. Der Untergang der beiden Hauptbestandtheile des Follikels, des Epithels und des Thecabindegewebes, erfolgt gleichzeitig und parallel; höchstens findet sich am Anfange des Processes in der Theca eine Andeutung einer gewissen Progressivität in der Ausbildung einzelner grosser Bin-

degewebszellen. Dieser Vorgang zeigt sich in weit stärkerem Masse bei Petromyzon, wo auch die Theca erst nach dem Untergang des Epithels der Rückbildung verfällt. In beiden Fällen aber fehlt jede aktive Produktion eines neuen Gewebes, das den Namen eines besonderen Körpers, eines Corpus luteum, wirklich verdiente; auch der bestehende Hohlraum und dessen bis in die letzten Stadien offene Rissstelle charakterisiren das Gebilde stets als das, was es zu Anfang war, als einen geplatzten Follikel.

Das Endresultat ist indessen für Epithel und Theca verschieden: Das Epithel geht, werthlos geworden, vollständig zu Grunde; die Überbleibsel der Theca aber fügen sich dem Bindegewebe der oberflächlichen Ovarialplatte als deren untrennbare Bestandtheile ein. »

Rückbildung des ungeplatzten Follikels (Atresie).

A. Bei Cyclostomi.

B. Bei Teleostei.

Zusammenfassung.

« Die Rückbildung des ungeplatzten Follikels bei Petromyzon und Coregonus — und dasselbe gilt wohl für andere Formen der gleichen Ordnungen eben so — ist wesentlich komplicirter als die Rückbildung der leeren Follikelhüllen der gleichen Thiere. Besteht im letzteren Fall lediglich die Tendenz zur Rückkehr zum gewöhnlichen Bau der Ovarialplatte, so muss bei der Atresie, ehe die gleiche Tendenz sich geltend machen kann, erst das verhältnismässig sehr grosse Material des im Follikel untergegangenen Eies entfernt werden. Unterliegen nach der normalen Ausstossung des Eies die Follikelhüllen nur einer einfachen Atrophie, so haben sie bei der Atresie zuvor noch eine wichtige aktive Tätigkeit zu erfüllen bei der Resorption des Eies und den nöthigen Vorbereitungen hierfür. Ein Theil dieser Vorbereitungen vollzieht sich ohne fremde Zellen zu beanspruchen, auf chemischem und physikalischem Wege im abgestorbenen Eikörper selbst, vielleicht noch als dessen letzte vitale Funktionen. Hierher gehören der Zerfall und die Auflösung des Kernes, die Lösung einzelner speciell protoplasmatischer Bestandtheile des Eikörpers und die Diffusion dieser gelösten Stoffe, zum Theil unter Mitnahme von corpusculären Dotterelementen, durch die Eihaut nach aussen. Mit der Aufnahme und weiteren Verarbeitung dieser Stoffe beginnt die Tätigkeit der Follikellhüllen, zuerst des zunächst liegenden

pithels, dann auch der Thecazellen und der Gefässe . Die Betheiligung
:r Follikelwandung geht aber weiter, und auch hier steht wieder das
pithel in der vordersten Linie. Seine Zellen drigen je nach Bedarf in
eineren (Petromyzon) oder grösseren (Coregonus) Massen in das Ei und
achen daselbst das Dottermaterial durch Aufnahme und Zerkleine-
ıngzur Wegschaffung geeignet; vom Epithel übernehmen die Theca und
e Gefässe mit ihren Leukocyten das so präparirte Material zum weite-
:n Transport. In dem Masse, als die Resorption des Eies fortschreitet,
nd immer grössere Bezirke der Follikelhüllen entbehrlich geworden
ıd verfallen nun ihrerseits der Atrophie. Damit ist natürlich eine fort-
hreitende Verkleinerung des Ganzen verbunden. Ist der letzte Eirest
:rschwunden, so haben auch die Follikelhüllen ihre Bedeutung verlo-
:n. Das Epithel geht mit den letzten Dotterspuren unter und die Theca
ird wieder zum Stroma ovarii, aus dem sie entstanden ist. Nur von
anz grossen Eiern vermag ein Uberbleibsel des sehr widerstandsfähi-
en Oolemmas das Epithel zu überdauern und erhält sich in der zum
)varialbindegewebe zurückgekehrten Theca noch längere Zeit.
Das Ende der Rückbildung ist also beim geplatzten und ungeplatzten
'ollikel das gleiche: Untergang seines gesammten specifischen Epi-
hels und Aufgehen seines Bindegewebes in der Lamina ovarii super-
ıcialis. »

II. AMPHIBIEN.

Rückbildung des geplatzten Follikels.

A. Bufo vulgaris.
B. Triton tæniatus.

Zusammenfassung.

« Die Wandung der geplatzten Follikel unterliegt auch bei Amphi-
)ien einer vollständigen Rückbildung. Der Process verläuft beim Epithel
'ascher als beim Bindegewebe und besteht bei jenem im totalen Unter-
;ang. Im Bindegewebe kommt es in so fern zum Ansatz einer Art speci-
ischer Gewebsbildung, als die Zellen der Theca interna während längerer
Zeit nach Form, Grösse und Färbung epitheloiden Charakter anneh-
men. Das Ende des Processes ist für das Bindegewebe: Rückkehr
:um Bau des Ovarialstromas und Aufgehen in der Lamina ovarii super-
ficialis.

In allen Stadien und Geweben fehlt jedes Anzeichen von aktiver Neubildung ».

Rückbildung des ungeplatzten Follikels.

Bufo cinerea.

Zusammenfassung.

« Der Untergang eihaltiger Follikel bei Amphibien beginnt fast gleichzeitig mit einer chromatolytischen Auflösung des Keimbläschens und dem Eindringen von Follikelepithel mit einzelnen Leukocyten in das Ei. Vor Allem die ersteren sorgen für Resorption der Eibestandtheile, speciell des Dotters und des widerstandsfähigeren Pigments, durch Zerlegung mit nachfolgender Auflösung dieser Substanzen, die auf dem Wege der Gefässbahnen entfernt werden. Mit der auf diese Weise sich vollziehenden Reduktion des Ganzen tritt von der Theca aus eine Durchwachsung des atretischen Follikels durch Bindegewebe ein, das endlich, selbst der Schrumpfung anheimfallend, das untergehende Follikelepithel ersetzt. Das Ende ist auch hier ein schliessliches Aufgehen im Stroma ovarii. »

Prof. Dr. Dubois, Bern:

Grundzüge der seelischen Behandlung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 24. pag. 809, 1903.)

Der seelischen Behandlung, d. h. der *rationnellen Psychotherapie* muss ein viel grösserer Platz eingeräumt werden. Die irrige Auffassung, dass eine solche Psychotherapie nur dem Neurologen und dem Psychiater nützlich sei, muss fallen gelassen werden; denn in jedem Gebiet der Medizin muss der seelische Zustand Berücksichtigung finden und die Haupterfolge verdankt der Arzt seinem persönlichen Einfluss.

Im Verlaufe innerer Krankheiten leidet oft die Seele mehr als der Körper und der Arzt kann viel durch wohlwollenden Zuspruch und durch Belehrung erreichen. Ihre Triumphe aber feiert die seelische Behandlung in den *Psychoneurosen*, also in den Fällen, in welchen der Hauptfehler in der angeborenen oder erworbenen Geistesverfassung, in der Mentalität der Kranken liegt, wie z. B. bei Neurasthenie, Hysterie, Hysteroneurasthenie, bei leichteren hypochondrischen und melancholischen Zuständen, Obsessionen, Zwangsgedanken und Phobien. Dieser

›handlungsart zugänglich sind auch *motorische, sensible und vasomoto-*
›che Anomalien, wie Krämpfe, Lähmungen, Neuralgien, Paraesthesien
ıd Angioneurosen.

Die erste Aufgabe, die wichtigste, ist, den Patienten die Ueberzeugung izubringen, dass sie heilen werden! Die Zuversicht in die Heilung muss ım Patienten logisch begründet werden; dazu gehört eine günstige Proıosenstellung, die ihrerseits sich auf eine genaue Diagnose basiert. rösstes Gewicht ist auf die Differenzialdiagnose von organischen Erankungen und von Psychoneurosen zu legen.

Immer wieder und wieder wird der körperliche Zustand berücksichȝt und wird die Nervosität auf die Anæmie und auf die Schwäche zuıckgeführt, während die Haupteinwirkung im Gegenteil auf die Psyche attfinden sollte, was durch Bildung des Verstandes und des Gemütes ›reicht wird.

In vielen Fällen ist sozusagen alles eingebildet, in andern haben wirk:he funktionnelle Störungen hypochondrisch-phobische Zustände her›rgerufen; die Vorstellung des Nichtkönnens hat wirkliches Unvermöın geschaffen.

Wie verblüffend rasch die direkte, seelische Beeinflussung wirken kann, ›igt folgendes *(für den Gynækologen äusserst interessante und lehrreiıe)* Beispiel:

I. 40-jährige Dame leidet seit circa 10 Jahren, seit einer Geburt, an einem Zustand ıronischer Astasie-Abasie mit hysterischen Erscheinungen, in Form von Kontrakıren, Krampfanfällen und deliriösen Zuständen. Vor 5 Jahren wurden ihr deswegen *:r Uterus und die Ovarien herausgeschnitten*, worauf erhebliche Verschlimmerung ntrat. Langdauernde Milchkuren, Strychnineinspritzungen, Elektrizität, Massage, les ohne Erfolg.

Die Patientin konnte nicht stehen und nicht sitzen; Lesen und Schreiben unmögch; sie konnte sich nur im dunklen Zimmer aufhalten (Photophobie) und war ›hr empfindlich gegen Kälte.

An einem Samstag erklärte *Dubois* der Kranken, dass alle ihre Erscheinungen ur seelisch bedingt wären und dass ihr nichts anderes übrig bleibe, als die Vor:ellung der Unfähigkeit in diejenige des Könnens zu verwandeln.

Am Montag *sass* die Patientin im Bett und hatte einen von ihr geschriebenen Brief ı den Händen; die warme Kopfbedeckung war verschwunden, die Vorhänge waren ezogen und schon machte die Kranke Bewegungen im Bett, um sich auf das baldige ıufstehen vorzubereiten. Drei Tage später konnte sie gehen. In sechs Tagen war ollständige Heilung eingetreten.

Bei all' den zahllosen Erscheinungen, welche im Verlaufe der Psychoıeurosen auftreten, muss der Mangel jeglicher somatischer Grundlage

betont werden und muss event. die ideogene Entstehung der funkti-nellen Störungen dem Patienten klar gemacht werden. Bei schmerz-ten Erscheinungen muss der Kranke auf die Möglichkeit sie zu vernach-lässigen, ja auf die Nothwendigkeit dieser stoïschen Haltung, aufmerk-sam gemacht werden.

Ein Beispiel illustriert aufs Beste, wie man in solchen Fällen sehr be-stimmt vorgehen kann:

II. Die 35-jährige Frau eines Arztes leidet seit 11 Jahren an heftigen Neuralgien im Unterleib, sogenannten « Névralgies pelviennes ». Die Schmerzen stellten sich bei jedem Gehversuche ein, so dass Patientin nie länger als 10 Minuten gehen konnte und somit wie eine Invalide zu Hause lebte. Es bestehen nicht die geringsten Symp-tome der Hysterie.

Langdauernde Ruhekuren, Kaltwasserkuren, Kauterisationen, Verbände, Ein-spritzungen, Ableitungsmittel; Alles umsonst!

Die Entdeckung psychischer Gebrechen (Impressionnabilität, Morgendepression) bei der Patientin, erweckte in *Dubois* die Absicht psychotherapeutisch vorzugehen. Dazu war es aber nötig, jede gynækologische Erkrankung bestimmt ausschliessen zu können.

Dr Conrad, der die Kranke untersuchte, fand normale Verhältnisse. *Prof. Dubois* ging daher zu der Patientin und sagte ihr: « Sie sind körperlich gesund. Der Gynä-kologe will nichts von Ihnen wissen. Der Weg der physikalischen Therapie ist Ihnen vollständig verschlossen, es bleibt daher nur die seelische Behandlung zur Ver-fügung! »

Der tägliche Zuspruch wirkte langsam aber stetig ein und nach sieben Wochen war Heilung eingetreten.

Aber mit der Beseitigung der bestehenden Beschwerden ist die Aufgabe des Arztes noch keineswegs erschöpft.

Während der ganzen Behandlung müssen die geistigen Defekte dieser « psychisch Minderwertigen » aufgedeckt werden. Die Kranken müssen sich selbst kennen lernen. In täglichem Gespräche muss der Arzt dis-kret über die Familienverhältnisse sich erkundigen und die Lebensan-schauungen seiner Kranken kennen lernen. In vielen Fällen müssen auch die Angehörigen einer psychischen Kur unterworfen werden, meist nur in einigen Konversationen oder brieflich.

« *Was wir brauchen, ist ein gesunder Optimismus, welcher uns das Leben zeigt, wie es ist und uns die Ueberzeugung gibt, dass nichts wert-voller sein kann, als Mut.* »

Anmerkung des Ref. Die beiden in obiger Veröffentlichung wiedergegebenen Fälle, die das Gebiet der *Geburtshülfe und Gynæcologie* sehr nahe angehen, zeigen auf's Schlagendste, wie sehr *Dubois* recht hat, wenn er immer und immer wieder

Aerzte daran erinnert, mehr Psychotherapie zu treiben; in diesem Sinne haben bereits im 2. und 3. Jahrgange zwei einschlagende Arbeiten referiert:

Gynæcolog. Helv. II, pag. 109: *Dr L. Koucheva:* Die Behandlung der Neurasthenie vermittelst der Isolierkur am Kantonsspital in Genf.

Gynæcolog. Helv. III, pag. 92: *Dr H. Zbinden* (Schüler von *Prof. Dubois*): Die Neurasthenie und die Psychotherapie.

Prof. *Dubois* wird nächstens in Paris ein interessantes Werk erscheinen lassen: *eçons sur les psychonévroses*», das den Herren Gynæcologen ebenfalls bestens Lektüre anempfohlen wird.

Dr. H. Ebbinghaus, Zürich:

Isolierte, regionäre Achseldrüsentuberkulose bei Tumor der weiblichen Mamma, nebst Bemerkungen über die Genese der Milchdrüsentuberkulose.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Virchow's Archiv. Band 171, Heft 3, pag. 472.)

Im Anschluss an einen Fall von *Clements*, der eine Combination eines ammacarzinoms mit regionärer Achseldrüsentuberkulose beobachtete, öchte Ebbinghaus zwei völlige Analoga mitteilen. Es dürfte aus den illen hervorgehen, wie man aus der Coinzidenz derartiger Erkrankunn im Allgemeinen zu urteilen gezwungen ist, dass bei Carzinom mit uberkulosebegleitung häufig die Geschwulstform des Carzinoms ein n uns leider bis jetzt nur als Zufall zu deutender Umstand ist, und dass ensogut jede andere und andersartige, auch benigne Geschwulstform 1 seiner Stelle sein könnte, so dass also auf Grund *derartiger* Befunde n einer Verwandtschaft zwischen Carzinom und Tuberkulose zu reden, denfalls gesucht wäre.

Die von Ebbinghaus beobachteten Fälle stammen aus der *chirurgihen Klinik* des Herrn Prof. Krönlein: Es handelt sich um benigne lammatumoren bei Frauen im typischen « Carzinomalter ». Dazu findet ch in beiden Fällen eine regionäre Axillardrüsentuberkulose, und zwar icht als Teilerscheinung einer allgemeinen Lymphdrüsentuberkulose, ondern völlig isoliert auf die Lymphbezirke der benignen Tumoren, bei n übrigen kräftigen und gesunden Frauen.

Die vorliegenden Brustdrüsengeschwülste, ein *Fibro-Adenom* und ein *Myxo-Fibrom*, enthielten keine nennenswerten Entzündungspartien,

die die vorliegende Drüseninfiltration hätten erklären können. Wo*her also die Drüsenschwellung?*

Primäre Lymphdrüsentuberkulose? Deren Vorkommen ist nach Ga... noch nicht erwiesen. Nach Clement sind wesentlich zwei Möglichkeiten vorhanden: entweder sind die Drüsen im Anschluss an eine Mamma-tuberkulose erkrankt, oder die axillare Tuberkulose ist die Teilerscheinung einer ausgebreiteten Lymphdrüsentuberkulose; als weitere Möglichkeit bliebe noch übrig, dass Tuberkelbazillen in die bereits carzinomatöse Mamma eingedrungen wären und sich dann in den Achseldrüsen angesiedelt hätten.

Dies alles erklärte Clement nicht genügend seinen Fall von Achseldrüsentuberkulose; er nahm daher schliesslich an:

« *Entweder sind die Tuberkelbazillen von Alters her dort deponiert oder sie sind auf dem Wege der Blutbahn dorthin gelangt.* »

Ebbinghaus insistiert hauptsächlich auf der Infektion von der Mamma her, bei fehlender Tuberkulose der Brustdrüse und auf der Deponierung der Tuberkelbazillen in den Lymphdrüsen von Alters her.

Zur weiteren Beweisführung wird auf die anderweitigen Infektionen der weiblichen Milchdrüse eingegangen.

« Es unterliegt heute nach Fleck keinem Zweifel mehr, dass die Mastitis nahezu ausschliesslich durch Eindringen von Eiterungen in die Lymphbahnen verursacht wird, sei es nun durch Rhagaden und Schrunden des Warzenhofes oder durch sonstige im Anschluss an die Laktation gesetzte geringfügige Wunden* ».

Warum sollte der Tuberkelbazillus nicht dieselben Wege benützen können wie der gewöhnliche Staphylococcus und Streptococcus, oder der gelegentlich eine Mastitis hervorrufende Gonococcus oder der Staphylococcus tetragenus?

In der Aetiologie der Mastitis spielt sicherlich die Bakterienflora im Munde der Neugeborenen eine grosse Rolle und es liegt kein Hindernis gegen die Annahme vor, dass auch der Tuberkelbazillus gelegentlich dort vorkommt und gleich allen andern Eitererregern in die cutanen Lymphbahnen der Mamma gelangt. Meistens werden die Tuberkelbazillen, den Hautlymphbahnen folgend, gleich in die Axilla gelangen und dort deponiert werden.

* Siehe im Kapitel: « Mitteilungen aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshilfe und Gynækologie » die Arbeiten von *v. Freudenreich, Ibel, Joris, Lux, Uhlmann* und *Steiger*.

« Nach allem erscheint es als höchst unwahrscheinlich, dass ein einfacher Tumor überhaupt Tuberkulose in seinen Lymphbezirken zur Ansiedlung zu bringen vermag, wobei zwischen malignen und benignen Geschwülsten kein prinzipieller Unterschied zu machen ist. Findet sich dort dennoch eine Tuberkulose, so bestand sie schon unabhängig von dem Tumor und konnte höchstens durch lokale innerhalb dieser Neubildung sich abspielende Vorgänge (gesteigerte Resorptionsverhältnisse u. s. w.) aus einer latenten zu einer offenkundigen Erkrankung werden. »

Sollte sich in Zukunft zeigen, dass maligne Tumoren dennoch häufiger mit gleichzeitiger Drüsentuberkulose angetroffen werden (LUBARSCH), so ist der Grund hiefür nur in den meist *diese* Tumoren begleitenden, stärkeren Zerfallserscheinungen und folglich stärkerer Inanspruchnahme der latent bereits erkrankten Lymphdrüsen zu suchen.

Prof. Dr. A. ETERNOD, Genf:

Zwei menschliche Embryonen von 1.3 mm. u. 2.11 mm. Länge.

Nach Reconstruktionen und Plattenmodellen von Prof. Dr. A. ETERNOD herausgegeben von Friedrich ZIEGLER in Freiburg in Baden.

Prof. ETERNOD hatte die grosse Freundlichkeit, mir seine beiden Embryonen-Modelle zu photographiren und Clichés für die *Gynœcologia Helvetica* anfertigen zu lassen.

Wir geben im Folgenden die Beschreibung der beiden Modelle, wie selbe von F. ZIEGLER den leztern beigegeben worden sind; der Leser möge selbst entscheiden, was die photographische Wiedergabe zu reproduciren im Stande war und was nicht.

MODELL I.

Dorsalseite. Das Modell zeigt auf der Dorsalseite die erste Stufe der Medullarrinne, den noch offenen Canalis neurentericus und den Primitivstreifen; vor dem Kopfende die hufeisenförmige Anlage des Herzens. Vom Amnion ist nur das Ektoderm dargestellt und zwar durchsichtig; das Mesoderm des Amnions ist dagegen theilweise abgetragen. Man beachte die trichterförmige Spitze des Amnions nach dem Chorion zu

und die kleine Delle im Chorion, welche vielleicht als Rest eines Amnion-ganges zu deuten ist.

Ventralseite. Bei der Chordaanlage sieht man a) am Kopfende die pharyngeale Grube des Chordacanales, b) in der Mitte des Embryo die Chordaplatte und c) am Schwanzende wieder die Ueberreste des Chorda-canales, welcher in den Canalis neurentericus ausläuft. (Nach der Gastrula Theorie die Urdarmreste.) Die ganze Chordaanlage ist in einem dunkleren Grün gehalten. Man beachte auch die ventrale Vorwölbung der Herzanlage (schematisch). Am Canalis neurentericus zeigen sich verschiedene, dem Plattenmodell genau nachgebildete, strahlenförmige Falten des Entodermes. Im hinteren Theile der Vesica umbilicalis sieht man ein eingesenktes Feld, welches sich trichterförmig verjüngt und in den Allantoisgang übergeht.

Bauchstiel und Chorion. Am Bauchstiel sieht man den wellenförmig gekrümmten Allantoisgang mit seinem bläschenförmigen Ende. Vom Chorion ist nur der Theil dargestellt, an dem der Bauchstiel festsitzt. Die Zotten sind schematisch dargestellt, die grösseren davon sind vascularisirt, die anderen noch nicht.

Gefässsystem. Die Darstellung des Gefässsystemes stützt sich auf ein nach graphischen Reconstruktionen hergestelltes Metalldrahtmodell, welches den Verlauf der Hauptgefässe darstellt. An dem Modelle sieht man nur die Gefässe des Bauchstieles und theilweise am Schnittrande der fensterförmigen Oeffnung der Dotterblase die Vena chorioplacentalis und den Sinus venosus umbilicalis ansiformis (anse veineuse vitelline von Eternod) und verschiedene Blutinseln, welche an der Oberfläche der Vesica umbilicalis die bekannten höckerigen Vorwölbungen verursachen.

MODELL II.

Der Embryo, welcher dem Modell II. zu Grunde liegt, hat 8 getrennte Urwirbel und zeigt eine aufallende Aehnlichkeit mit dem Embryo von Kollmann (Embryo von Bulle 13 Urwirbel; 2,5 ^{mm} Länge). Er ist etwas spiralförmig um die Längsachse gedreht und besitzt drei dorsale Krümmungen: eine convexe (Nacken), eine concave (Rücken) und eine convexe (Steiss.)

Dorsalseite. Die Medullarplatte ist am Kopf und Steissende noch offen während sich dieselbe in ihrem mittleren Theile bereits zum Medullarrohr geschlossen hat. Am Kopfende zeigt die Medullarplatte bereits die

RECONSTRUKTION EINES MENSCHLICHEN EMBRYOS VON 1,3 mm.

Nach Prof. Dr. ETERNOD, Genf.

(MODELL I.)



Äussere Ansicht.

Chorion mit Zotten; Bauchstiel; Amnios und Dottersack.

RECONSTRUKTION EINES MENSCHLICHEN EMBRYOS VON 1,3 mm.

Nach Prof. Dr. ETERNOD, Genf.

(MODELL I.)



Innere Ansicht.

Amnios und Dottersack sind geöffnet. Bauchstiel mit Blutgefässen.

RECONSTRUKTION EINES MENSCHLICHEN EMBRYOS VON 1,3 mm.

Nach Prof. Dr. Eternod, Genf.

(MODELL I.)



Ventral-Ansicht.

Dottersack geöffnet; man erblickt die Chordalplatte; am Rande des offenen Dottersackes sieht man in Bildung begriffene « Blutinseln ».

RECONSTRUKTION EINES MENSCHLICHEN EMBRYOS VON 2,11 mm.

Nach Prof. Dr. ETERNOD, Genf.

(MODELL II.)



Dorsalseite.

Ventralseite.

Andeutungen der Haupttheile des Gehirnes und die Medullarrinne ist hier schon sehr tief. Die Stelle des zukünftigen Neuroporus anterior ist an der Hirnplatte als mediane Spitze zu erkennen. Am Steissende, im Bereiche des Canalis neurentericus, schiebt sich die Medullarplatte caudalwärts beiderseits über den Canalis neurentericus hinaus. Hinter diesem ist die Primitivrinne noch um den Schwanz herum bis zur Kloakenmembran deutlich zu verfolgen. Die Urwirbel sind plastisch angedeutet, obwohl sie am Embryo nur bei durchscheinendem Licht zu erkennen waren.

Ventralseite. An der Ventralseite sieht man die Mundbucht. Die Oberkieferanlagen erscheinen als zwei seitliche Höcker. Die Herzgegend ist stark hervorgewölbt. Die Nabelblase ist abgetragen und durch die dadurch entstandene, langgestreckte Oeffnung sieht man auf die Darm- und Chordaanlage. Das Entoderm des Darmes ist gelbgrün, die Chordaanlage dunkler grün gefärbt. Die Chordaanlage bildet in ihrem mittleren Theile noch eine Platte, während sie sich am cranialen Ende strangförmig umgestaltet, aber noch nicht vom Entoderm getrennt hat. Man beachte auch die Kopf- und Schwanzdarm- Buchten. Der Bauchstiel ist deutlich zu sehen und setzt sich durch eine Rinne vom Dottersacke ab.

Dr. S. Gelpke, Liestal :

Stieltorsion der Ovarialcysten.

Aus dem Krankenhaus Liestal bei Basel :
Chefarzt Dr. Gelpke.

(Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynæk. Bd. XVII. Ergänzungsheft.)

In den letzten Jahren sind am Liestaler-Krankenhause acht Fälle von Stieldrehung bei Ovarialcysten behandelt worden; davon sind die ersten 4 Fälle von Dr. Fritz Paravicini * veröffentlicht worden, während die übrigen 4 Fälle aus den letzten zwei Jahren datieren.

Die meisten der 8 Fälle sind als *Typhlitis*, *Peritonitis* oder *Ileus* in's Spital gesandt worden und in drei Fällen konnte die richtige Diagnose erst auf dem Operationstisch gestellt werden.

Gross ist die Meinungsverschiedenheit der Autoren in Bezug auf *die Ursachen und den Mechanismus der Stieltorsion.*

* Siehe *Gynæcol. Helvet.* I, pag. 84. *Dr Fr. Paravicini :* « Einige neue Fälle von Stieldrehung bei Ovarialcysten ».



Die Patientinnen *Gelpke's* betreffen Frauen und Mädchen, welche sich mit Bandweberei beschäftigen und bei diesem Geschäft täglich *18000 kräftige Rumpfbeugen* ausführen. Von grosser Bedeutung betreffs Zustandekommen der Achsendrehung scheint für Gelpke des weitern das Vorhandensein eines zweiten Tumors der Bauchhöhle zu sein. Der eine Tumor findet so am andern einen Stemmpunkt; derjenige Tumor, der in der Abdominalhöhle am häufigsten vorkommt, ist der schwangere Uterus und in der Tat finden wir in einer auffällig grossen Zahl der einschlägigen Fälle die Complikation mit einem zweiten Tumor oder mit Schwangerschaft (event. auch Wochenbett) angegeben.

Die Hauptpunkte seiner Besprechung fasst Gelpke in folgenden Sätzen zusammen :

1. *Die Stieltorsion der Ovarialcysten ist ein Krankheitsbild für sich: sie ist ein Analogon der eingeklemmten Hernie und muss wie diese behandelt werden.*

2. *Sie ist für den praktischen Arzt nicht weniger wichtig, als für den Spezialisten.*

3. *Verwachsungen sind in der Regel vorhanden und verhindern das Absterben des Tumors; dieselben kommen wohl meistens durch das Dazwischentreten von Infektionskeimen zu Stande.*

4. *Da wir beim Uterusmyom, unter sonst gleichen Bedingungen (gleiches Peritoneum und gleiche Insulte), soviel wie nie Adhäsionen antreffen, so müssen wir bei einer Ovarialcyste, welche zahlreiche Adhäsionen aufweist, in erster Linie an Stielverdrehung denken; die letztere kann aber bei der Operation leicht übersehen werden.*

5. *Was die Entstehungsursachen der Rotation anbetrifft, so sind die Verhältnisse für das Zustandekommen einer solchen derart günstige, dass man eher fragen muss, warum drehen sich nicht alle frei in der Bauchhöhle liegenden Cysten?*

6. *18,000 Rumpfbeugen pro Tag am Webstuhl, Tanzen, Turnen, grosse Wäsche, Feldarbeit, sind zweifellos viel ausgiebigere Veranlassungen für das Entstehen einer Achsendrehung, als die Bewegungen von Darm und Blase oder als jene « stille Sehnsucht der wachsenden, organischen Gebilde nach spiraliger Drehung ».*

Der Uebersichtlichkeit halber lassen wir hier die tabellarische Zusammenstellung der 8 Fälle folgen, wie selbe Gelpke im Jahresbericht des Kantonsspital Liestal pro 1902 veröffentlicht hat.

Nr.	Patientin.	Bemerkungen.	Symptome und Status.	Diagnose.			
I	Frau H. 34 Jahre Hausfrau.	1 Forceps mit Dammriss, 7 Tage v. d. Erkrankung.	*Beginn.* zeitw. stech. Schmerz im l. Hypogastr., Fieber, Meteorismus, Aufstossen, Obstipat. Tumor, gering druckempfindl. im l. Hypogastr. b. Spitaleintritt: Temp. 35,6°, Puls 126, fadenförmig; allgem. Verfall. fäkul. Brechen. Im Hypogastr.: Oedem, Wölbung, Dämpfung, Druckempfindl., Kante wie b. parametr. Exsud. fühlbar; per vagin. ein das kleine Becken ausfüllender, nicht abgrenzbarer Tumor; absol. Stuhlverhaltung.	Parametrit. Ovarialcyste Stieltorsion? Ileus.	drei Wochen nach Auftreten der ersten Erscheinungen durch Dr. Gelpke.	Dermoid der l. Ov. 1½ mal. Tors, von l. nach r.; ausgedehnte Verwachsungen mit Darm und Netz. Abknickung des Dünndarms. Parametr. post. et ant. suppur. Peritonit. diff. fibrin. Cysteninhalt steril.	Exitus.
II	V. M. 33 J. Posamenterin.	vor zwei u. drei Jahren perit. Erscheinungen.	Plötzlich heft. Schmerzen im r. Hypogastr., Erbrechen, starker Meteorism., Druckempfindlichkeit, Stuhlverhaltung, im r. Hypogastr. nicht scharf abzugrenzende Resistenz. Patientin kräftig und in gutem Ernährungszustande: keine bedrohlichen Allgemeinsymptome. Puls 80, Temp. 38,8°.	Perityphlitis.	*Propelapar.* 3 Tage nach Auftreten der genannten Erscheinungen durch Dr. Gelpke. *Operation:* drei Monate später durch Dr. Gelpke.	blaurote, rings abhärende Cyste. Kindskopfgrosse multilok. Cystom d. r. Ov. 3—4 mal Stieltors. von links nach rechts starke Adhäsionen.	Heilung p. prim. obwohl s. Cysteninhalt i. d. Bauchhöhle ergossen, dauerndes Wohlbefinden.
III	R. L. 20 J. ledig, Posamenterin.	seit 2 Jahren hie u. da Schmerzen im l. Hypogastr.	Plötzliche kolikart. Schmerzen im l. Hypogastr., Erbrechen, Obstipat., mässige Wölbung u. grosse Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomens; runder mannskopfgr., flukt., unbewegl. Tumor im l. Hypogastr. Patientin kräftig, Puls 110, Temp. 39,4°.	Als *Perityphlitis* geschickt. Weiterentwicklg. des Tumors u. genaue Untersuchung lässt *Ovarialcyste* mit Stieltorsion diagnostizieren.	4 Tage nach den zum Spitaleintritt veranlassenden Erscheinungen durch Dr. Gelpke.	Ovarialcyste mit zweimal. Stieltors. blutig, eitrig. Inhalt; leicht zerreissl. Adhärenzen.	Dauernde Heilung.
IV	Sp. S. 51 J. ledig, Privatière.	vor fünf Jahren erster kolikartig. Schmerzanfall, seither mehrmals wiederholt.	Guter Allgemeinzustand, gute Konstitut. Puls und Temperatur normal. Tumor im l. Hypogastr., fast mannskopfgross, prall, fluktuierend, kolikartige Schmerzen verursachend.	Ovarialcyste mit Stieltorsion.	3 Monate nach dem letztern heftigeren Schmerzanfall durch Dr. Gelpke.	Dermoid d. l Ov., zweimal. Stieltors. Adhäsionen mit Bauchwand und Darm. Cysteninhalt steril.	Dauernde Heilung.
V	Frau El. Hausfrau, früh. Bandweberin.	57 Jahre Nullipara.	Vor drei Wochen plötzliche Schmerzen bei der Arbeit. Fieber. Vorübergehender Nachlass der Schmerzen auf Opium. Kopfgrosser fluctuieren ler Tumor im Leib.	Ovarialcyste mit Stieltorsion.	Drei Wochen nach Eintritt der Schmerzen.	Kopfgrosse Dermoidcyste, zahlreiche Verwachsungen, 2malige Umdrehung.	Reaktionslose Heilung.
VI	Frau F. 45 J. Hausfrau, früh. Bandweberin.	Pluripara. Früher stets gesund.	Seit 2 Monaten dumpfe Schmerzen im Bauch; vor 10 Tagen während der Gartenarbeit plötzlich heftige Schmerzen im Bauch und in d. Beinen, heftiges Erbrechen. Linderung durch Arznei; nie Fieber. Rechts vom Uterus kopfgrosser fluctuierender Tumor.	Ovarialtumor mit Stieltorsion.	Zehn Tage nach Auftritt des Kolikanfalles.	Ovarialcyste mit Tors. 2½malige Umdrehung.	Reaktionsloser Verlauf.
VII	M. F. 27 J. ledig, Posamenterin.	Nullipara. Nie ernst krank.	Seit 8 Jahren Zunahme des Leibes. Nie besonders starke Kolikschmerzen. Im hintern Scheidengewölbe prall elastischer Tumor. Cervix dicht hinter der Symphyse plattgedrückt. Mannskopfgrosser fluct. Tumor im Bauch.	Gewöhnlicher Ovarialtumor.	In d. schmerzfreien Zeit.	Grosses, vereitertes Dermoid, zahlreiche, derbe Adhäsionen, mehrfache Stieltorsion.	Eiter steril! Heilung ohne Fieber.
VIII	B. Barb, 40 Jahr, Hausfrau. Bandweberin.	Vpara. Zunahme des Leidens seit ¾ Jahr.	Häufige Schmerzen im Bauch bei der Arbeit, infolgedessen Abmagerung.	Ovarialtumor.	In freiem Intervalle	Kopfgrosse Cyste mit hämorrhagischem Inhalt. Stieltors. mit 180°.	Heilung p. pr. ohne Fieber.

Prof. Dr. A. GŒNNER, Basel:

Die Berechtigung des künstlichen Abortes und der Perforation des lebenden Kindes, sowie die Möglichkeit von Konflikten mit dem Strafgesetz wegen Ausführung dieser Eingriffe.*

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, n° 16, pag. 529, 1903.)

GŒNNER rekapituliert zuerst das, was in den bekanntesten Lehrbüchern der Geburtshilfe über den künstlichen Abort geschrieben steht; dann geht er auf einige einschlagende, neuere Publikationen ** ein und knüpft darau seine persönlichen Bermerkungen: « Das was im täglichen Leben geschieht, stimmt nicht mit dem überein, was auf der Hochschule gelehrt wird! »

Folgen Gesetzesparagraphen des *Basler-Strafgesetzes* und des *gemeinen deutschen Strafrechts :*

Ist *Lebensgefahr* für die Mutter *nicht* vorhanden, so sind wir bei allfälliger Ausführung des künstl. Abortes oder der Perforation strafbar.

Diese Lebensgefahr ist nun nach GŒNNER selten vorhanden; er hat einen einzigen Fall gesehen, wo die Mutter zu Grunde ging, weil der künstl. Abort nicht ausgeführt worden war. Es handelte sich um wirkliche *Hyperemesis.* Diesem einzigen Todesfalle stehen eine ganze Anzahl gegenüber bei denen GŒNNER dem Wunsche den Abort einzuleiten, nicht entsprach und bei denen das Brechen aufhörte, weil es eben nicht unstillbar war.

Eine zweite Categorie bilden die mit *Tuberkulose* complizierten Schwangerschaften.

GŒNNER hat sich noch nie berechtigt gefühlt aus diesem Grunde den Abort einzuleiten, so sehr es ihm tunlich ercheint, bei solchen Kranken die Conzeption zu verhindern.

Bei *Erkrankungen des Herzens und der Nieren* wurde nie eingeschritten; auch bei *Affektionen des Nervensystems* lässt sich der Abort meist vermeiden.

* Vortrag, gehalten in der Medizinischen Gesellschaft zu Basel.

** Siehe *Gynæcologia Helvetica,* III, pag. 269. *Dr F. Sippel:* « Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlich-medizinischen und ethischen Standpunkt ».

In einem Punkte stimmt Gœnner mit *Olshausen-Veit* nicht überein, ämlich in Bezug auf die Einleitung des künstlichen Aborts bei Bluungen. Nach diesen beidern letztern Autoren dürfte bei Blutungen die Einleitung des künstlichen Abortus niemals nötig werden.

Gœnner hat aber mehrmals bei Placenta prævia aus vitaler Indikation ie Tamponade des Cervikalcanals und der Vagina ausführen müssen, m die Blutung zu stillen, aber auch in der bestimmten Absicht den bort zu provozieren.

Die häufigste Indikation für künstlichen Abort ist nach Gœnner « *absolute Beckenenge* ». Ob man nicht schliesslich die Totalexstirpation oder lie Castration* vornimmt, wenn die gleiche Person mehrmals gravid viederkehrt, dürfte zu erwägen sein.

Was die *Perforation des lebenden Kindes* anbetrifft, so liegt die Sache ür den Arzt insofern günstiger und klarer, als die unmittelbare Lebensgefahr für die Mutter vorhanden ist, vorausgesetzt, dass die Diagnose richtig gestellt ist.

Ganz ist die Perforation in der Privatpraxis nicht zu umgehen; die *Symphyseotomie* ist keine Operation für das Privathaus; die Nachbehandung ist zudem zu compliziert.

Dr. Guillaume, Bern** :

Ehe, Geburt und Tod.

Aus dem statistischen Bureau des eidg. Departements des Innern in Bern.

Schweizerische Statistik. — Lieferung 137.

(Art. Institut Orell Füssli in Zürich 1903.)

Im zweiten Jahrgange der « *Gynæcologia Helvetica* » haben wir auf Seite 30 bereits des ersten und zweiten Teiles und der ersten Hälfte des dritten Teiles der gross angelegten Arbeit über « *Ehe, Geburt und Tod* »

* In einem Falle von künstlichem Abortus, wegen einer fortschreitenden chronischen Rückenmarksaffektion, habe ich durch Atmokausis eine Obliteration der Uterushöhle herbeigeführt. Die Atmokausis ist der Castration, der Totalexstirpation und selbst der Tubenresektion entschieden in solchen Fällen vorzuziehen.

** Siehe *Gyn. Helvet.* II, pag. 30 : *Dr Guillaume:* « Ehe, Geburt und Tod ».

Erwähnung getan; wir haben dort einlässlich den zweiten Teil, der di[e] *Geburten* behandelt, referiet. Hier soll nun die *zweite Hälfte des dritt[en] Teiles*, der die *Todesursachen* bespricht, soweit berücksichtigt werd[en] als dieses Thema den Gynæcologen direkt interessiert.

Nach mehr allgemeinen Bemerkungen werden einige wichtige Krank[-] heiten eingehender behandelt, so

A. *Die Tuberkulose.*
B. *Der Magen- und Darmkatarrh der kleinen Kinder.*
C. *Die Carcinome und die Sarcome.*
D. *Die Infektionskrankheiten. (u. a. das Kindbettfieber.)*

A. *Tuberkulose.*	1886/90	1881/85
Darmtuberkulose	479	390
Tuberkulose des Bauchfells	530	293
Nieren- und Blasentuberkulose	125	59
Tuberkulose der weibl. Geschlechtsorgane .	19	23

Die grösste, verhältnissmässige Zunahme zeigt die Nieren- und Blasen-tuberkulose, sodann die Tuberkulose des Bauchfells; diese Zunahme ist aber höchst wahrscheinlich nur eine scheinbare und rührt jedenfalls von einer genauern Diagnose, einer häufigeren Vornahme der Autopsien her.

Aus den obigen Zahlen kann nur gefolgert werden, dass im Laufe des Jahrzehns 1881/90 die Ausbreitung der Tuberkulose eher stationär geblieben ist.

In Bezug auf das Geschlecht scheint im allgemeinen das männliche der Tuberkulose eher unterworfen zu sein, als das weibliche. Aus den auf die Tuberkulose überlaupt bezüglichen Zahlen geht hervor, dass die Angehörigen des weiblichen Geschlechtes in den Altersjahren 5-19 viel häufiger dieser Krankheit erliegen, als die des männlichen *und es wird dies zweifelsohne der in diesem Alter stattfindenden, geschlechtlichen Entwicklung und der damit verbundenen, geringeren Widerstandsfähigkeit der Mädchen zugeschrieben werden müssen.*

B. *Magen- und Darmkatarrh der kleinen Kinder.*

Eine Hauptkrankheit der Säuglinge ist der Magen- und Darmkatarrh sei er nun akuter oder chronischer Art; er ist besonders den Kindern

efährlich, die in den ersten zwölf Lebensmonaten stehen. Als Gesammtesultat bleibt immerhin. dass diese Todesursache abgenommen hat, was rohl einer besseren Plege und Fürsorge für die kleinen Kinder, hervorerufen durch bessere Belehrung, zuzuschreiben sein wird; denn die Art ler Ernährung eines Kindes spielt in diesem Alter die Hauptrolle und ;erade der Magen- und Darmkatarrh, der so viele Opfer fordert, hat eine Ursache einzig und allein in einer dem Kinde nicht zusagenden, rrationellen Verpflegungweise.

C. *Carcimone und Sarcome.*

In der Nomenklatur der Todesursachen ist Carcinom und Sarcom iicht auseinander gehalten worden; des weitern sind bei weitem nicht ille Krebstodesfälle zur Anzeige gelangt.

	1886/90	1891/85
Nierenkrebs	20	12
Blasenkrebs	42	36
Uteruskrebs	297	271
Ovarialkrebs	38	33
Scheidenkrebs	8	9

Der grösste Teil der Todesfälle betrifft Gestorbene im Alter von 50 und mehr Jahren. *Der Krebs ist daher besonders eine Krankheit des höheren Alters.* Die einzelnen Fälle in früher Kindheit und im jugendlichen Alter dürften wohl als Sarcome anzusehen sein.

In Bezug auf das Geschlecht sind beide fast gleich stark dem Krebs unterworfen :

$10_{,97}$ auf je 10,000 männliche und $10_{,80}$ auf je 10,000 weibliche Personen.

Diese Ubereinstimmung geht aber nicht durch alle Altersklassen hindurch.

Im Alter von 20-49 Jahren zeigt das weibliche Geschlecht eine höhere Krebssterblichkeit, was wohl der grösseren Häufigkeit des Krebses der weiblichen Geschlechtsorgane zugeschrieben werden muss.

D. *Infektionskrankheiten.*

Die « ansteckenden Kindbettkrankheiten », das sog. Kindbettfieber, wurden in den einzelnen Jahren 1876/90 in folgender Anzahl bescheinigt:

	Absolut.	Auf je 10,000 Gebärende.		Absolut.	Auf je 10,000 Gebärende.
1890	253	31.4	1882	431	50.8
1889	340	40.8	1881	376	43.0
1888	385	46.2	1880	361	41.8
1887	349	41.7	1879	352	39.8
1886	339	40.8	1878	369	40.9
1885	436	52.8	1877	382	41.6
1884	396	47.3	1876	393	42.1
1883	301	35.8			

Durchschnitt.

1886/90	333 absolut.	40.3 auf	je	10,000	Gebärende
1881/85	388 »	45.9 »	»		»
1876/80	371 »	41.2 »	»		»

Doc. Dr. E. Heuss, Zürich :

Lymphangioma circumscriptum cysticum (vulvæ).

Monatshefte für praktische Dermatologie. XXIII. Band.

(Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig.)

24 Jahre altes Frl., gesund bis zum 10. Altersjahre; dann, im Anschluss an Masern, ein Hüftgelenkleiden mit Fistelbildung. Dieses Leiden besserte sich soweit (12—16 Altersjahre 3 Badekuren in Schinznach), dass Patientin mit 16 Jahren ohne Schmerzen und ohne Hinken frei umhergehen konnte; schon damals soll das rechte *Labium majus* zeitweise etwas angeschwollen gewesen sein; im 18. Lebensjahre, nach einem Aufenthalt in Rom, trat die Schwellung des rechten Lab. majus von neuem, in höherem Grade, auf. Allmählich wurde auch das rechte Bein unter diffuser Rötung, Schwellung, Brennen etc. ergriffen; dann traten am r. Lab. maj. (hintere Kommissur) und dann am *l. Lab. maj.* bläschenförmige Gebilde auf. Vor diesen Anfällen sistiert gewöhnlich die sonst ziemlich reichliche Sekretion aus den Fisteln fast vollständig. Seit einigen Monaten bemerkt Patientin auch vorn, am rechten Oberschenkel, das Auftreten bläschenförmiger Efflorescenzen, während an den grossen Labien das Leiden in letzter Zeit stabil geblieben ist. Vor einigen Monaten bildeten sich in der rechten Achselhöhle und aussen an der rechten Mamma in Gruppen stehende Bläschen; vor cirka 8 Wochen beobachtete Patientin während eines « erysipelatösen Anfalles » ein früher nie empfundenes Jucken in der Vagina, das aber bald, nach Eintritt eines ziemlich reichlichen, weisslich-schleimigen Ausflusses, verschwand; seit kurzer Zeit ernstliche Lungenbeschwerden.

Es folgt nun ein genauer *Status* und eine minutiöse *Beschreibung der vorhandenen Affektion :*

Beide Labia majora, wie Mons veneris, schwach behaart, zeigen mäs- sige, diffuse Schwellung, ohne dass es möglich wäre, eine härtere Stelle, inen vereinzelten Strang oder Knoten, durchzutasten. Die Oberfläche ler Labia majora ist über und über mit dichtstehenden, stecknadelkopf- insengrossen, vereinzelt bis erbsengrossen, bläschen- und warzenförmi- gen Efflorescenzen besetzt. Am dichtesten und grössten, bläschenförmig- roschlaichartig, sind sie vorn, in der Mitte, an der Berührungsstelle beider Labien (Tafel V. Fig. 1) Auch die Innenfläche der Labia majora ist noch iemlich dicht mit Bläschen besetzt; die Labia minora etc. sind dagegen ollständig frei. Die nicht periodischen, serösen, milchigtrüben Ausflüsse. ler zeitweilige *Pruritus vaginæ*, lassen eine Ausdehnung des Prozesses auf lie Scheidenschleimhaut als nicht unwahrscheinlich erscheinen.

Nach vergeblicher, conservativer Terapie (Compressen von Bleiwasser. Applikation von Borsalbe, etc.) machte *Dr Schuler* einen operativen Ein- griff; es wurde beiderseitig ein über mannsdaumengrosser Wulst aus den Labien excidiert, die Bänder durch tiefe und oberflächliche Nähte verei- nigt und ein, aus Jodoformgaze, Watte und Binde bestehender Verband. ıngelegt. Glatter Wundverlauf. Acht Tage später, ohne eruirbare Ursache. ıeue Schwellung und Rötung der Labien. Zwei Jahre später sind die Labien noch etwas geschwollen, mit vereinzelten Bläschen zu beiden Seiten der Schnittnarben. Leistendrüsen gegenüber früher nicht ver- grössert. Die erysipelatösen Anfälle treten nur noch selten auf.

Die detaillirte *mikroskopische Untersuchung* bezieht sich 1) auf die bläschenförmigen Efflorescenzen und 2) auf die warzenähnlichen For- nen :

Durch die histologische Untersuchung wird nicht nur die klinische Diagnose « *Lymphangioma* » vollauf bestättigt, sondern es finden noch inzelne, auffallende klinische Symptome : die Derbheit, Elastizität der Bläschen, die Schwierigkeit, sie zum Platzen zu bringen, etc., eine be- riedigende Erklärung.

Es handelt sich um eine vom Lymphgefässsystem ausgehende Erweite- ung und Neubildung von Lymphgefässen, sämmtliche Hautschichten be- fallend. (Tafel V. Fig. 2.)

Fig. 1. Lymphangioma der Labia majora. Photographische Aufnahme in Rücken- age bei Hochstellung der Beine. (Rechts unten sind auch die Cysten der linken Analfalte sichtbar.)

Fig. 2. *Senkrechter Schnitt durch einige Cysten (vom linken Labium majus in der Mitte).* Vergr. Leitz. Obj. 3. Okul. III. Tubusl. 160 mm. *a)* Ueber den Bläschen verdickte Stratum corneum; *b)* Verdünnte Stachelschicht; *c)* Epithelperle in der Stachelschicht; *d)* Schief getroffene Papille; *e)* Abgestumpfte Epithelzapfen; *f)* In die Länge gezogene Epithelzapfen; *g)* Seitlich zusammengepresste Epithel- und Papillarzapfen; *h)* Lymphcysten, teilweise mit körnig geronnenem Inhalt und vereinzelten Leukocyten; *i)* Erweitertes Blutgefäss; *k)* Perivaskuläre, zellige Wucherung; *l)* Mastzellen (nur links gezeichnet). *Lymphangioma circumscriptum cysticum (vulvæ).*

Prof. Dr. A. Jentzer, Genf:

Zur Anwendung des Bossi'schen Dilatators.

(Zentralblatt f. Gyn. Nr. 19, p. 571, 1903.)

Jentzer hat im folgenden Falle sich des *Bossi*'schen Instrumentes bedient:

27-jährige Primigravida wurde am 28. Oktober 1902, in komatösem Zustand an die *Jentzer*'sche Klinik gebracht; sie hatte bereits 9 eclamptische Anfälle überstanden starkes Oedem der untern Extremitäten. Kopf ein wenig eingetreten; vordere M. m.'slippe verstrichen; Orificium externum und internum für einen Finger durchgängig; Cervicalcanal 3 cm. lang. Wehen treten alle 4 Minuten auf; dabei wölbt sich die Fruchtblase im inneren M. m. vor. Harn enthält Eiweiss, hyaline und gekörnt Cylinder. Temperatur normal. Puls 110.

Sectio cæsarea wird verweigert. Einführung des *Bossi*'schen Dilatators um 1 h. Mittags. 14 Minuten nach der Application dieses Instrumentes reisst die Fruchtblase, bei 5 cm. weitem Muttermunde, ein; der hinte Teil des Dilatators war ausgeglitten und drückte stark auf die hintere Wa des Cervicalcanales. Neue Application. 1 h. 24 Minuten ist der Mm. 7 cm. weit. Die Ränder der Orif. extern. sind noch ca. 1 cm. dick. Cervi riss rechts. Abnahme des Instrumentes, aber keine Blutung. Fixier des Kopfes. Zange im Beckeneingang. 1 h. 35 Minuten wird ein le des Kind geboren; 51 cm. lang u. 3700 gr. schwer.

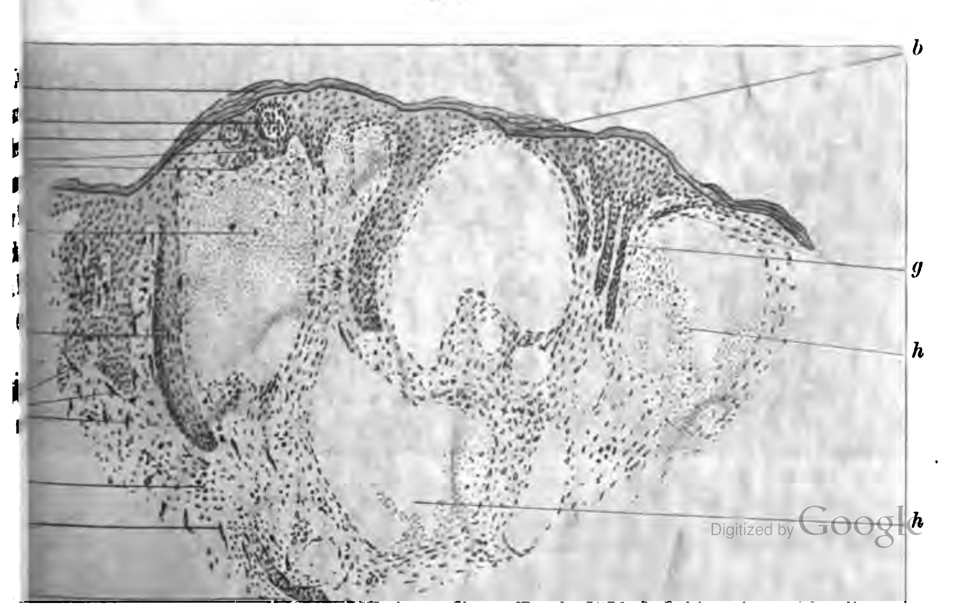
Trotzdem sich der Uterus gut contrahiert und es nicht blutet, w die Placenta manuell entfernt. Mit Ausnahme eines Risses, rechts

LYMPHANGIOMA CIRCUMSCRIPTUM CYSTICUM VULVAE.

Nach Doc. Dr. E. Heuss, Zürich.



Fig. 1.



ines solchen, aber unbedeutenden, vorn, sowie eines kleinen Risses links, onnten keine Kontinuitätstrennungen entdeckt werden.

Abends neuer eclampt. Anfall: am. 29 Oct. 9 h. morgens Exitus.

Aus dem *Sektionsprotokoll* (Prof. *Zahn*) ist folgendes von Interesse:

Die Innenfläche des Cervicalkanales ist nicht ganz so glatt, wie diejenige des 'terus. Es finden sich hier, besonders nach unten zu, mehrere längs verlaufende, leine, seichte Einrisse, die ganz nach unten zu etwas tiefer sind; so findet man amentlich rechts ein bis auf die Vaginalschleimhaut sich fortsetzender Einriss von 5 mm. Länge, 5 mm. grösster Breite und 2-3 mm. Tiefe, der durch zwei Nähte verhlossen ist. — Ein kleinerer, ähnlicher Riss findet sich linkerseits und ein ebenolcher an der Vorderwand; dieser letztere ist durch eine Naht verschlossen. An der linterwand, 65 mm. oberhalb des Orificium ext., also ungefähr genau in der Höhe es inneren M. m., findet sich in der Mittellinie ein genau querverlaufender Substanzerlust. Derselbe ist 20 mm. lang, 2-3 mm. breit und 1-2 mm. tief. An seinem rechten Vinkel sieht man einen 23 mm. langen, 4 mm. breiten und 1-2 mm. dicken Geebsfetzen anhaften, welcher genau in diesen Substanzverlust hineinpasst.

Ein lebendes Kind wäre wohl mit keinem andern Verfahren zu erzieen möglich gewesen, ausgenommen dem Kaiserschnitt, der nicht getattet wurde.

Wie die Sektion zeigt, hat die schnelle Erweiterung keine ernste Contiuitätstrennungen verursacht. Was den queren Riss der Hinterwand der Cervix betrifft, so erklärt sich derselbe durch die Tatsache, dass das Insrument im Beginne unbemerkt ausgeglitten war, wobei die etwas scharfen Ränder der Kappen, bei fortschreitender Dilatation, einen Riss verursacht hatten.

Durch entsprechende Modification des Instrumentes*, d. h. Abstumpfung der Kappenkanten, könnte dieser Nachteil gehoben werden; mit steigender Erfahrung wird sich das Abgleiten verhindern lassen.

Jentzer ist mit *Osterloh* der Ansicht, dass der Dilatator dazu berufen st, im Falle des incompleten Abortus, grosse Dienste zu leisten.

* Siehe *diesen Jahrgang*, Kapitel: « *Verschiedenes* »: D. Instrumentelle Notizen: *Dr de Seigneux*: « Ein neuer Uterusdilatator für geburtshülfliche und gynækologische Zwecke ».

Doc. Dr. René König, Genf:

Die chirurgische Behandlung des Uteruskrebses.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève:
Prof. Dr. A. Jentzer.

(Imprimerie J. Studer, Plainpalais-Genève, 1903.)

König hat sich in seiner *Habilitationsschrift* die Aufgabe gestellt, an Hand hervorragender Arbeiten über die operative Behandlung des Uteruskrebses, den gegenwärtigen Stand dieser wichtigen Frage kritisch zu beleuchten; es werden dabei 3 Perioden unterschieden:

Erste Periode: Palliative Behandlung bis zum Jahre 1878.

Zweite Periode: Exclusiv vaginale Operationen bis zum Jahre 1896 98.

Dritte Periode: Concurrenz der vaginalen und der abdominalen Operationsmethoden.

Mit dieser Periode sind hauptsächlich folgende Namen verknüpft: *Amann, Ries, Rumpf, Clark, Kelly, Wertheim, Mackenrodt, Jonnesco, Freund, Hartmann, Faure,* etc.

Zum Schlusse resümirt *König* folgendermassen:

1. *Der Uteruskrebs ist in seinem Anfangsstadium heilbar.*

2. *Nur der Uteruskrebs, der bestimmte Grenzen nicht überschritten hat (Untersuchung in Narkose oder noch besser Probelaparotomie), darf chirurgisch in Angriff genommen werden.*

3. *Handelt es sich um einen operationsfähigen Fall von Gebärmutterkrebs, dann soll die abdominale Hysterectomie ausgeführt werden mit Drüsenausräumung des Beckens nach Wertheim'scher Methode; Eröffnung des Abdomens vermittelst der lateralen Incision nach Mackenrodt.*

4. *Der Hauptpunkt in der Behandlung des Uteruscarcinoms liegt in der frühzeitigen Diagnose; diese Tatsache muss den Frauen, den Hebammen und selbst den Aerzten in Fleisch und Blut übergehen.**

* *Anmerkung des Referenten:* Siehe *diesen Jahrgang:* « Ausländische Litteratur: *Prof. Winter:* « Die Bekämpfung des Uteruskrebses. »

Doc. Dr. R. König, Genf:

inige Bemerkungen zum P. Müller'schen Verfahren des Einpressens des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken.

A few Remarks about P. Muller's Method of Pelvimetry.

Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire, Sept. 1903.)

Die kleine Skizze ist dazu bestimm, die Ansprüche, die P. Müller auf eine « Methode des Einpressens des Kopfes in den Beckenkanal zu diag-ostischen Zwecken » entschieden besizt, geltend zu machen und zwar egenüber einem englischen Autor, gegenüber Dr. Mundo Kerr.

Dr. Kerr hat die P. Müller'sche Methode während Schwangerschaft nd Geburt häufig in Anwendung gebracht; aber sie hat oft versagt; ie hat dazu den grossen Nachteil, dass ein Assistent nötig ist, der den etalen Schädel in das Becken einzupressen hat.

Das von Pinard angegebene Verfahren (Schätzung der relativen Grösse es kindl. Schädels und des mütterlichen Beckens nur durch äussere Handgriffe) hat über das Müller'sche den Vorteil, dass es von nur *iner* Person ausgeführt werden kann.

Dr. Kerr beschreibt nun seine eigene Methode, die in einer Combi-ation des Müller'schen und des Pinard'schen Verfahrens besteht; allein iese vermeintliche Combination ist schon längst an der P. Müller'schen Klinik in Anwendung gebracht worden und auch Prof. Jentzer bedient ich ihrer seit längerer Zeit an der Genfer-Frauenklinik; überdies hat König während seiner Assistentenzeit an der P. Müller'schen Klinik eichlich Gelegenheit gehabt, den grossen Nutzen des P. Muller'schen Verfahrens kennen zu lernen; dieses dient wie P. Müller immer und mmer wieder betond hat, nicht nur dazu, den Zeitpunkt zu Einleitung er künstlichen Frühgeburt zu bestimmen, sondern ganz besonders zur relativen) indirekten Beckenmessung.

Die « Kerr'sche Methode » (sit venia verbo Ref.) ist also identisch mit erjenigen, die P. Müller in Jahre 1885 in die Praxis eingeführt hat ind es ist nur eine Sache der Gerechtigkeit, wenn das Verfahren nach P. Müller benannt wird.

Anmerkung des Referenten: Ich habe während meiner Assistentenzeit an der Frauenklinik in Bern, die Fälle der *P. Müller'schen* Klinik (vom März 1884 bis

Dezember 1893), bei denen das « Einpressen » geübt wurde, zusammengestellt und im Archiv f. Gyn., Bd. XLVIII, Heft 2, publiciert, auch habe ich dort an Hand farbiger Abbildungen die *P. Müller'sche Methode* erläutert. Diese Abbildungen sind dann später in meine Arbeit: « *Ueber Antisepsis und Asepsis in der Geburtshilfe* » als Schwarzdruckbilder übergegangen und verdanke ich deren weitere Reproduktion an dieser Stelle, meinem Verleger *Urban & Schwarzenberg*, bestens.

Es soll an der Hand von 4 Abbildungen das *P. Müller'sche Verfahren* kurz erörtert werden:

Besteht eine Quer- oder Beckenendlage, so wird zuerst die äussere Wendung gemacht; im weiteren hat man dafür zu sorgen, dass der kindliche Schädel direkt über den Beckeneingang zu stehen kommt; die untersuchenden Hände legt man nun an die Schädelbasis und zwar die eine in die Gegend des Hinterhauptes, die



Fig. 7.

andere in die Kinngegend; man übt dann allmählig einen gewissen Druck auf die Schädelbasis aus, jedoch so, dass derselbe intensiver auf das Hinterhaupt, als auf das Vorderhaupt wirkt (um ein Tiefertreten des Gesichtes zu verhindern) s. Fig. 7.

Um sich nicht etwa Täuschungen hinzugeben (Drehung des Kopfes um seinen onto-occipitalen Durchmesser), wird das Verfahren gewöhnlich so ausgeführt, dass n Assistent den Kopf von aussen auf, resp. in den Beckenkanal drängt, während ne zweite Person jede Drehung und jedes Tiefertreten des Schädels von der Vagina ıs controlliert. Die gewöhnlich auf dem Abdomen sich befindende, zweite Hand der ınerlich untersuchenden Person. hat die Aufgabe, den Kopf, wenn er seitlich abeichen sollte, in's Becken hinein zu dirigieren, s. Fig. 8.



Fig. 8.

Bezüglich der inneren Untersuchung beim Einpressen des Kopfes (Untersuchungstisch) will man sich des weiteren vergewissern, in welchem Maasse der Kopf am

Promontorium vorbei passiert; zu dem Zwecke bringt man den oder die untersuchen den Finger an das Promontorium oder dessen nächste Nähe (s. Fig. 9) und ermitt direkt den Grad des « Tiefertretens ».



Fig. 9.

Von Wichtigkeit ist noch darauf zu achten, ob beim Einpressen des Kopfes derselb den Beckenkanal vollständig ausfüllt, oder ob man zwischen Kopf und Symphy mit den untersuchenden Fingern, in die Höhe gelangen kann.

Es kommt manchmal eine « *Vorwölbung des Kopfes* » über der Symphyse zu Stande und zwar dann, wenn bei Missverhältnis von Becken und Kopf dessen grösste Circumferenz oberhalb des Beckeneinganges stehen bleibt und denselben mehr oder weniger nach vorne überragt. Um dieses Missverhältniss zu taxieren, hat sich P. Müller eine ideale Linie

onstruirt, welche die hintere Fläche der vorderen Beckenwand nach ben zu verlängert. Fig. 10.

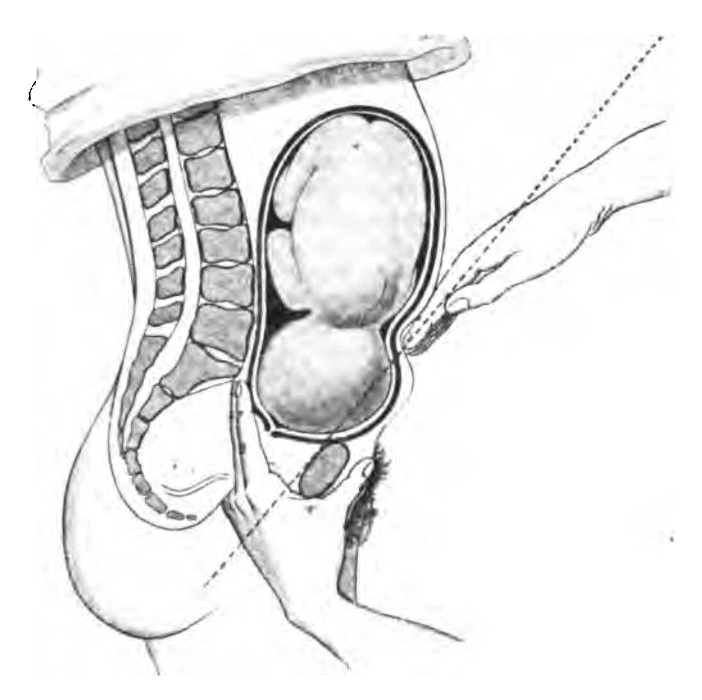


Fig. 10.

Es sei mir des Weiteren gestattet, noch einige Daten und Tatsachen hier zu erwähnen, die das *P. Müller'sche* Verfahren betreffen:

Zum ersten Mal begegnen wir dem Einpressen des Kopfes bei *R. Dohrn*: (Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann, N° 94) « Ueber künstliche Frühgeburt bei ngem Becken »:

« Ich habe ausserdem (ausser dem *Ahlfeld'schen* Verfahren) noch in geeigneten Fällen den Kopf auf das Becken zu schieben und nun an dem herabgedrängten Kopf bei innerlicher Exploration zu ermitteln gesucht, ob und wie stark bereits ein äumliches Missverhältnis zwischen Kopf und Beckeneingang vorhanden war. »

Debrunner bemerkt seinerseits in: « Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynækologie und Geburtshilfe, 1901, pag. 111 (siehe Gyn. Helv. II, pag. 8 und folgende):

« Zudem hat die Indikationsstellung durch die *P. Müller'sche* Mitteilung im Jahre 1885, in der Naturforscherversammlung zu Strassburg — « Ueber das Einpressen les Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken », — an Sicherheit gewonnen. Dieses Einpressen des Kopfes in den Beckeneingang, zur gegenseitigen Schätzung von Kopfgrösse und Beckeneingang, ist schon einige Jahre vor 1885 in

der *Frankenhäuser'schen Klinik* (deren Assistent *Debrunner* war. Ref.) geübt worden. Die Methode hat aber weder durch Schrift noch Wort nach aussen Verbreitung bekommen. »

Das ist nicht ganz richtig! Wir finden später eine beiläufige Bemerkung über das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal in der *Zürcher-Dissertation von Hegner* aus der *Frankenhäuser'schen Klinik:* « Ist die Wendung bei Beckenenge ein allgemein zu empfehlendes Verfahren? »

M. Grapow (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVII, 1889) hat später das *P. Müller'sche* Verfahren geübt: « Von verschiedenen Seiten sind in dieser Beziehung (Bestimmung des richtigen Zeitpunktes bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt) beachtenswerte Vorschläge gemacht worden, so von *Ahlfeld* und *P. Müller*. Besonders des letzteren Vorschlag, durch Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal die gegenseitigen Grössen- und Adaptionsverhältnisse zu eruieren, erscheint sehr plausibel und ist dieses Verfahren seit *Müller's* Bekanntgabe von uns stets geübt worden ».

Ueber ungünstige Erfahrungen berichten *Strauch* (A. f. G., Bd. 31, S. 392. Fall XXVIII, citiert nach *Ahlfeld*) und *Chrobak*. (Berichte 1902, Bd. 2, S. 282; N° 41 und 44, ebenfalls citiert nach *Ahlfeld*.)

Rössing schreibt in seiner Marburger-Dissertation:

« Weniger sicher, aber immerhin der Beachtung wert, hat sich hier (an der *Ahlfeld'schen* Klinik) die *Müller'sche Methode* des Einpressens des Kopfes in's Becken erwiesen. »

Ahlfeld hat dann die *Berner-Statistik*, wie solche von mir veröffentlicht worden war (M. f. G. u. G., Bd. 1, S. 569) kritisch beleuchtet: « *Das Peter Müller'sche Impressionsverfahren.* » Eine kritische Studie über die Arbeit von *Beuttner*: « Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge ». (Arch. f. Gyn., Bd. 48, Seite 269.)

Die *Ahlfeld'schen* Schlusssätze lauten:

1) Durch die Beuttner'sche Statistik ist keineswegs die Zweckmässigkeit des Müller'schen Impressionsverfahrens bewiesen worden.

2) Die meiner Methode der intrauterinen Fruchtmessung (etc. etc.) gemachten Vorwürfe sind unberechtigt.

Und auf Seite 569 der dritten Auflage des *Lehrbuches der Geburtshilfe v. Ahlfeld** heisst es: « Ich habe gegenüber den von Beuttner gebrachten, positiven Mitteilungen aus dessen eigenen Zahlen nachgewiesen, auf wie unsicherem Boden diese Methode steht und wie sie für die Praxis unbrauchbar ist. »

Eine Diskussion würde mich hier zu weit führen. Eine *Dissertation aus der Berner-Klinik* (*Dr Trämer*, Ueber die Bestimmung der Grösse des Kindes vor der Geburt. Bern, 1881) hat die Mängel der *Ahlfeld'schen* Fruchtachsenmessung aufgedeckt.

Diejenigen, die das *P. Müller'sche* Verfahren wirklich kennen und erprobt haben, werden es immer wieder in Anwendung bringen; übrigens gibt *Ahlfeld* selbst zu,

* Siehe *diesen Jahrgang:* Ausländische Litteratur: *F. Ahlfeld:* Lehrbuch der Geburtshilfe zur wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung für Aerzte und Studierende. 3. Auflage.

lass, die Bestimmung der intrauterinen Fruchtaxe allein nicht genüge, um die Grösse der Frucht zu bestimmen: « Wenn auch die Längenmessung des Kindes einen recht brauchbaren Rückschluss auf den Umfang des Kopfes machen lässt, so würde ich mich niemals allein auf diese Messung verlassen ».

Wenn *Ahlfeld* die *Berner-Statistik* zu wenig homogen fand, so hatte ich ihm die Erklärung schon gleich am Ende meiner Arbeit bereit gehalten: « Die der künstlichen Frühgeburt unterzogenen Fälle sind naturgemäss (das Verfahren war erst 1885 publiciert worden) nicht nach einem absolut einheitlichen Principe behandelt worden; wir haben im Gegenteil erst aus einer mehr oder weniger differierenden Behandlungsweise, resp. den erzielten Erfolgen, das in vorliegender Arbeit aufgestellte Grundprincip zur Einleitung der Frühgeburt erhalten ».

Glücklicherweise kann trotz etwas hetrogener Statistik die sie betreffende Methode doch ganz vorzüglich sein.

D[r] P. Kworostansky, Locarno:

Ueber Anatomie und Pathologie der Placenta. Syncytium in dem schwangeren Uterus. Wirkung der Herz-und Nierenkrankheiten auf die Musculatur- und Placenta. Atonie des Uterus. Placentar-Adhaerenz, Uterus-Ruptur.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:
Prof. D[r] Wyder.
(Archiv für Gynaecologie, Bd. 70. Heft 1. 1903.

Es handelt sich um eine 80 Seiten starke, äusserst fleissige Arbeit; das verarbeitete Material besteht aus nicht weniger denn 26 Fällen und betrifft: 1. Gravidität im 1 Monat; 2. Zwillingsgravidität im 1-2 Monat, complicirt mit interstitiellem Myom des Uterus; 3. Gravidität im 2-2 ½ Monat; 4. Gravidität im 2 Monat; 5. Gravidität aus 3-4 Woche; 6. Gravidität im 3 Monat; Uterus Myom; 7. Gravidität im 3-4 Monat; 8. Gravidität im 4. Monat; 9. Gravider Uterus mit Eiblase aus dem 4-4 ½ Monat; Porticarcinom; 10. Gravidität im 4. Monat, im linkseitig liegenden, rudimentären Nebenhorn des Uterus; 11. Atonie des Uterus, Uterus aus dem 10 ten Monat der Gravidität; 12. Adhaerenz der Placenta; Atonische Blutung; Gravidität im 10 ten Monat; 13. Ruptura uteri; Gravidität im 10 ten Monat; 14. Uterus und Placenta einer an Eklampsie verstorbenen Frau im 6 ten Monat der Gravidität; 15. Gravidität im 10 ten Monat; Nephritis; 16. Placenta aus dem 8. Monat der Gravidität; Herzfehler; Nephritis; 17. Placenta aus dem 7. Monat der Gravidität; Nephritis; 18. Placenta aus dem 9. Monat der Gravidität; Herzfehler; 19. Placenta und Uterus aus dem 10 ten Monat der Gravidität, 10-14 Tage

nach der Geburt. Herzfehler bei dem Fœtus. Weisser Infarct an d
Placenta; 20. Placenta aus dem 9. Monat der Schwangerschaft. Vorzeiti
Ablösung der Placenta. Weisser Infarct. Nephritis; 21. Kaiserschnitt
Gravidität im 9. Monat bei multiplen, interstitiellen und gestielten sub-
serösen Myomen des Uterus; 22. Gravider Uterus aus dem 10 ten Monat
23. Kaiserschnitt; Uterus aus dem 10 ten Monat der Gravidität: 24. Ato
nischer Uterus aus dem 6 ten Monat der Gravidität; Vorzeitige Ablösun
der Placenta. Herz und Nieren normal; 25. Puerperaler Uterus aus de
10ten Monat der Gravidität; 26. Atonischer Uterus aus dem 10t
Monat der Gravidität.

Kworostansky resumiert zum Schlusse die interessanten Untersuch-
ungen folgendermassen:

« 1. *Fœtale Elemente, syncytiale Riesenzellen und Langhans'sche Zellen, finden sich in der Muskulatur aller graviden Uteri vom 1.—10. Monat, ja sie können noch einige Wochen nach der Geburt im puerperalen Uterus gefunden werden. (Fall 26.)*

2. *Unter dem Einfluss von Herzaffektionen, Nierenkrankheiten, Tumoren im Uterus, Mangel an Mucosa, kurzum bei für die Placenta schlechten Ernährungsverhältnissen, wachsen von der Oberfläche der Mucosa die fœtalen Elemente üppig in die Tiefe der Muskulatur.* Von dort können sie auch im Blutkreislauf in die Lungen- und Körpergefässe gelangen.

3. *Sie erzeugen normalerweise nur ein leichtes Aufquellen des Bodens auf den sie zu sitzen kommen, aber keine Nekrose.*

4. Die Diagnose auf Sycytioma malignum kann unter Umständen sehr schwer sein und darf nur auf Grund sehr genauer Studien, die sich über alle Gewebselemente des Uterus erstrecken, gestellt werden. Nur bei grenz-und formloser Wucherung des fœtalen Epithels in der Muskulatur, wobei das fœtale Epithel nicht als vereinzelte Elemente zwischen Muskelzellen und Spindeln liegt, sondern als mehrschichtige Gewebsmasse getroffen wird — ist die Diagnose sicher. Dabei ist auch die destruirende Wirkung der Neubildung auf die Musculatur zu beachten, die Form und Beschaffenheit des Epithels, die morphologische Veränderung seiner Structur — wie auch bei den anderen Carcinomen des Uterus.

5. *Wenn sich zum fœtalen Epithel die Convolute von Chorionzotten, die in grossen Gefässen sitzen und innig mit der Muskulatur verwachsen sind, gesellen, so entsteht neben der Placentaradhærenz auch Atonie des Uterus, die zum Tode führen kann.*



6. *Normalerweise bilden sich unter der Gravidät keine neuen Muskel-llen; die alten hypertrophiren vielfach, aber sie behalten ihre physiolo-sche Fähigkeit zur Dehnung und Contraction bei.*

7. *Unter dem Einfluss von Herzkrankheiten, Nephritis, Anæmie, klampsie und Sepsis, hypertrophiert die Muskulatur über das sonst in avíden Uteri übliche Mass hinaus und unterliegt der hyalinen Ent-tung, fibrillärem und molecularem Zerfall und der Vacuolenbildung.* ie fettige Entartung braucht man nicht zu erwähnen, da sie in jedem ıerperalen Uterus eine normale Erscheinung ist.

8. *Unter Entartungsformen von allerlei Art verliert die Muskulatur ıre Fähigkeit zur Dehnung und Contraction, was wiederum zu tödt-cher Atonie und Uterusruptur führen kann.*

9. *Die Placenten zeigen ein höchstentwickeltes Anpassungsvermögen an ie Raum- und Ernährungsverhältnisse und compensatorische Steigerung er Funktion gewisser Teile, bei durch Krankheiten der Mutter oder des Kindes verursachter Ausschaltung der Tätigkeit anderer Teile. Bei In-arcirung der Placenta zeigt der gesund bleibende Teil derselben starke Vucherung des Epithels, wie auch starke Verzweigung der Chorionzotten ınd Stauung in den Gefässen.*

10. *Die Infarctbildung mit Blutgerinnung in der Placenta ist ein stän-liger Befund bei Herz- und Nierenkrankheiten, Eklampsie, sogar bei Herzfehlern des Kindes. Die Nekrose der Placenta entsteht sogar bei vor-eitiger Ablösung derselben, unter Hæmatombildung zwischen Uterus und Placenta.* »

Auf 4 Tafeln sind 20, teils farbige, mikroskopische Abbildungen beige-geben.

Dr. Alfr. Labhardt, Basel:

Zur Henkel'schen Abklemmung der Uterinæ bei Post-partum-Blutungen. Zugleich ein Beitrag zur Bossi'schen Dilatation *.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.
(Zentralblatt f. Gyn. N° 28. pag. 867, 1903.)

Die *Henkel*'sche Methode (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaeko-logie Bd XLVII) besteht darin, dass die Portio mit einer starken Mu-

* Siehe *diesen Jahrgang*, « Veröffentlichte Originalarbeiten » : *Prof. A. Jentzer* : « Zur Anwendung des *Bossi'schen* Dilatators », des weitern « Mitteilungen aus ärztlichen



zeuxzange gefasst und heruntergezogen wird; zieht man den Halsteil zugleich noch nach links, so kann mit einer weiteren Muzeuxzange das rechte Parametrium, bei Zug nach rechts, das linke Parametrium gefasst werden.

Ein nach der *Henkel'schen* Methode behandelter Fall bietet aus zwei Gründen erhöhtes Interesse, erstens, weil die Lage der Muzeux bei der stattgehabten Autopsie controliert werden konnte und zweitens, weil das Verfahren von *Bossi* zur Dilatation des Muttermundes in Anwendung kam:

37-jährige VII para. wurde am 12. Mai mit der Diagnose « Meningitis » in die Basler-Frauenklinik eingebracht. Alle 5-10 Minuten trat eine kräftige Wehe auf: II. Schädellage. Muttermund für zwei Finger bequem durchgängig. Kopf beweglich über Beckeneingang. Einführung des *Bossi'schen* Dilatators. Innerhalb ¹/₄ Stunde war die Erweiterung des M. m. eine vollständige und es konnte das Kind ohne grosse Mühe mit der *Achsenzugzange* von *v. Herff* * entwickelt werden. Knabe, lebend. 48 cm. lang. Expressio placentæ wegen Blutung; Blutung stand nicht, ebensowenig nach ordentlicher Contraction des Uterus. Auf der rechten Seite der Cervix ein ziemlich tiefer Riss. *Abklemmung der beiden Uterinæ in der von Henkel angegebenen Weise.* Die Blutung stand sofort nach dem Anlegen der Zangen. Exitus 6 Stunden post partum. Die Muzeuxzangen wurden an ihrem Orte belassen.

Autopsie: Leptomeningitis purulenta; rechterseits, hinten im Cervicalcanal ein 9 cm. langer Riss, der fast überall das ganze Cervicalgewebe durchsetzte, sodass das unverletzte Peritoneum durchschien, ausserdem fanden sich in der Cervix zwei tiefe Quetschwunden, die den Spitzen der Kappen des Bossi'schen Instrumentes entsprachen; unterhalb dieser tiefen Eindrücke fanden sich noch je 3-4 seichtere Impressionen, die den Abdruck der Rippen an den Kappen darstellten.

Was die Muzeuxzangen anbelangt, so fand sich die Spitze der « rechten », dicht unter dem Peritoneum. Der Ureter ging dicht an der Zange vorbei. Zwischen den Hacken des Instrumentes fand sich ein Bündel von Gewebe, in dem die völlig comprimierte und undurchgängige Uterina lag. Der linke Muzeux lag etwas weniger hoch, auch er hatte den Ureter verschont. In dem Gewebsbündel, das zwischen seinen Zacken

Gesellschaften »: Dr *Labhardt:* « Ueber die Anwendung des *Bossi'schen* Instrumentes » und endlich « Verschiedenes », Instrumentelle Notizen: Dr *de Seigneux:* « Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales und des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt. »

* Siehe « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften »: *Prof. v. Herff:* « Achsenzugzange ».

ag, verlief die Uterina. Allein diese war trotz vollständigen Cremailerenverschlusses nicht comprimiert, sondern für eine mittlere Sonde eicht durchgängig.

Epikrise. Diese neue Erfahrung über die Verwendung des Bossi'*schen Dilatators mahnt zur Vorsicht.*

Was das Henkel'*sche Verfahren zur Stillung der Post-partum-Blutungen anbetrifft, so ist ein abschliessendes Urteil noch nicht möglich.*

Im obigen Falle war zufällig die Uterina der Rissseite comprimiert; wäre es umgekehrt gewesen, so wäre natürlich der Effekt ausgeblieben.

Complicationen, die infolge dieses Verfahrens event. auftreten können, sind 1) *Traumatische Aneurysmen* (nach Verletzung der Arterie), 2) Verletzungen event. Nekrosen der Harnleiter (strikturierende Narben), sowie Infektion derselben, 3) Urininfiltration, 4) Peritonitis.

Angesichts dieser Tatsachen scheint die Henkel'sche Methode doch mit Vorsicht angewendet werden zu müssen.

Anmerkung des Referenten: Es sei mir gestattet auf ein im Jahre 1899 (aus der Genfer-Frauenklinik) veröffentlichtes Verfahren der Behandlung der Post-partum-Blutungen aufmerksam zu machen, das etwas unbeachtet geblieben ist:

Dr. S. Bastian, Genf:

Ein neues Verfahren zur Stillung der Post-partum-Blutungen.

Un nouveau procédé d'hémostase dans les hémorragies post partum.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 1, pag. 47, 1899.)

Bastian führt bei Postpartum-Blutungen ein Cusco-Speculum (altes Modell) von ca. 13 cm. Länge in die Vagina und öffnet es dann «ad maximum»; nun werden die Scheidengewölbe energisch mit Iodoformgaze ausgestopft, wodurch eine deutliche Elevation des Uterus herbeigeführt wird. Die ganze Vagina wird bis zum Introitus vaginæ tüchtig tamponiert. Nach 12 Stunden wird das Speculum entfernt, nachdem man zuvor einen geringen Bruchteil der Jodoformgaze (zur bequemeren Wegnahme des Cusco) aus der Vagina entfernt. Die eigentliche Tamponade wird dann nach 24 Stunden vollständig entfernt.

Der Mechanismus dieser Art der Blutstillung ist, natürlich je nach dem Sitz der Blutung selbst, ein verschiedener; folgende Momente kommen in Betracht: Das Speculum kann die blutende Stelle direkt comprimieren, oder indirekt durch die intensive Dehnung der Vaginalwände

(Vaginalblutungen). Bei Collumblutungen (Cervixrisse) wird ein direkter Druck auf die blutenden Flächen und auf die Arteriæ uterinæ selbst ausgeübt, sowie der Blutzufluss durch die Elevation des Uterus vermindert. Dieses letztere Moment kommt auch bei Uterusatonie in Frage: Verminderung des Volumens der Arteriæ uterinæ et utero-ovarialles: des weitern wird durch eine energische Scheidentamponade der Cervicalcanal völlig verschlossen; in der Uterushöhle bildet sich Coagulum, das als Fremdkörper die Gebärmutter einerseits zu Contraktionen anregt, andererseits aber als Tamponade funktioniert.

Es werden zum Schlusse 4 Fälle von Postpartum-Blutungen angeführt, die mit dem *Verfahren* von Bastian behandelt, sofort zum Stehen gebracht werden konnten.

Dr Alfr. Labhardt, Basel:

Beitrag zur Kasuistik der Placentartumoren.

Chorioma placentæ et Hæmatoma polyposum deciduæ serotinæ.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. VIII. Heft. 2. pag. 185, 1903.)

Die Lehre von den Geschwülsten der Placenta hat in neuester Zeit durch die ausführliche Arbeit von *Dienst* eine wesentliche Bereicherung erfahren. Immerhin sind die einschlagenden Beobachtungen in noch relativ geringer Zahl vorhanden, so dass es gerechtfertigt erscheinen mag, einen hierher gehörigen Fall näher zu beschreiben:

Die Placenta, von einer 42 jährigen VIII Gebärenden stammend, wog 480 gr., war 16 : 16 cm gross und ca. 1 $^1/_2$ cm. dick. Auf ihrer maternen Seite zeigte sich, ca. 3 Querfinger vom Rande entfernt, eine etwa nussgrosse Geschwulst, von dunkelroter Farbe, die in einer Vertiefung der Placenta lag und nur an einem schmalen Stiel, in der Nähe des Randes, mit dem übrigen Placentargewebe zusammenhing. (Eine instruktive Skizze ist beigegeben.)

Die mikroskopische Untersuchung gestattete die *Diagnose* auf ein *Angiom der Zottengefässe* zu stellen. Das Eigentümliche aber an dieser Beobachtung ist die *Neigung dieses Angioms zu Blutungen.* (Hæmatom

a einer früheren Schwangerschaftsepoche; später, infolge einer Erschüt-erung, eine weitere Blutung, die zur vorzeitigen Lösung der Placenta ihrte und zum intrauterinen Fruchtode.)

Die Erklärung der Entstehungsmechanik dieses gestielten Polypen tösst auf einige Schwierigkeiten. Man muss annehmen, es sei in der Nähe des Tumors eine Trennung innerhalb der Schichten der Decidua ntstanden; in die dadurch entstandene Lücke wurden die obersten agen der Deciduazellen durch ein Hæmatom, das von dem Angiom usging, polypös vorgestüpt. Den grösserwerdenden Polyp hat dann das 'lacentargewebe zur Seite gedrängt, dort, wo es am meisten kompres-ibel war, d. h. an der Stelle des Angioms. So ist dann für die gestielte leschwulst ein Bett entstanden, das ebenfalls von Deciduazellen ausge-leidet war.

Dr Ed. Martin, Genf:

Ueber einen Fall von Ovarialhernie mit Pseudoincarceration bei einem Kinde von 5 Jahren.

A propos d'un cas de hernie de l'ovaire avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de 5 ans.

(Revue médicale de la Suisse Romande. Nr. 12, pag. 790, 1903.)

Der vorliegende Fall besitzt einige anatomische Besonderheiten, die im Stände sind etwas Licht über die Pathogenie und die Aetiologie der Ova-rialhernie zu verbreiten :

Mädchen von 5 Jahren, das seit 2 Tagen in der rechten Inguinalbeuge (rechts von ler grossen Schamlippe) eine Haselnussgrosse-Anschwellung aufweist; diese ist nicht chmerzhaft und kann nicht reponiert werden; da man über die Natur der Affektion iicht in's Reine kommen konnte, so wurde eine Jodsalbe, aber keine Bandage, ver-chrieben. Nach einigen Tagen wurde ein weiterer Arzt consultiert, der eine Bandage 'erschrieb, die sehr schlecht vertragen wurde; nach einiger Zeit trat anhaltendes Erbrechen auf mit intensiven Schmerzen in der Gegend der kleinen Geschwulst: Schneller Puls, Abdomen leicht gewölbt, viel Kot im Dickdarm und Rectum; der lleine Tumor etwas gespannt und vergrössert, nicht reponierbar und auf Druck schmerzhaft.

Operation (ohne Narkose). Im Bruchsack, der einige Tropfen schwärz-licher Flüssigkeit enthielt, fand sich ein kleiner, ovoïder Körper, von violet-schwarzer Färbung, der auf einer ziemlich dicken, schwärzlichen

Membran auflag, welch' letztere ihrerseits der hinteren Wand des Bruchsackes adhærent var.; nach Eröffnung dieser Membran fand man in derselben die Tube und das Lig. rotund; der nach der Abdominalhöhle verlaufende Stiel ist um sich selbst gedreht. Erweiterung des Anulus intern. mit dem Messer und Exploration der Abdominalhöhle mit dem eingeführten Finger. Der Bruchinhalt wird abgetragen; der sehr dünne Bruchsack reseciert. Drainage. Schluss der Wunde. Die anatomische Untersuchung des entfernten Bruchinhaltes ergab ein *Ovarium mit Tubenpavillon.*

In der nun folgenden, litterarischen Studie der Ovarialhernie hat *Martin* hauptsächlich die englischen, einschlagenden Arbeiten berücksichtigt.

Man begegnet den Ovarialhernien entweder bei sehr jungen Individuen, oder aber bei Frauen die geboren haben.

Hierher gehörende Beobachtungen wurden unter andern veröffentlicht von *Soranus von Ephesus, von Puesch, Hamilton, Mencière, P. Launay und Wiart, Ed. Owen, Mumberg und Lockwood, A. Belbin und Morgan, Flemming,* etc.

Es folgen sehr klar geschriebene Kapitel über : *Symptomatologie, Complikationen und Behandlung.*

Zum Schluss resümiert *Martin* seinen Standpunkt folgendermassen:

1. *Die congenitale, inguinale Ovarialhernie ist im ersten Lebensjahre eine häufige Erscheinung, die aber auch im vorgeschrittenen Lebensalter auftreten kann. Sie kann ein- und doppelseitig sein und ebenso häufig rechts wie links sitzen. Die Tube findet sich fast immer mit dem Ovarium als Bruchinhalt.*

2. *Die Diagnose ist beim Kinde schwieriger als beim Erwachsenen.*

3. *Beim Kinde sind die Complikationen einer Pseudo-Incarceration infolge Stieltorsion häufig.*

4. *Im allgemeinen werden die Bandagen schlecht ertragen; die radikale Operation ist indiziert; ist das Ovarium gesund, so wird es reponiert, ist es pathologisch verändert, so wird es abgetragen.*

5. *Ein operativer Eingriff, selbst im frühesten Lebensalter, ist ohne, oder doch ohne wesentliche Gefahren verbunden.*

Dr. Erich Meyer, Basel:

Ueber Entwicklungsstörungen der Niere.

Aus dem Pathologischen-Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst, und
Aus dem Laboratorium der Medizinischen-Klinik in Basel:
Prof. Dr. Friedr. Müller.

(Virchow's Archiv, Band 173, Heft 2, pag. 209, 1903.)

Es fehlen bis jetzt Beobachtungen, welche die Annahme von dem Zu- nmenhang zwischen Entwicklungsstörungen und Tumorbildung über n Rahmen einer Hypothese hinausheben und damit als Zwischenglie- r in die Kette der Deduktionen eingereiht, diesen die nötige Stütze ben.

Mit dem ersten der untersuchten Fälle: « *Eine bisher nicht beobachtete örung im Aufbau der kindlichen Niere, combiniert mit anderen Ent- cklungsstörungen* » soll ein Versuch gemacht werden, einen Beitrag m Schlusse dieser Kette zu liefern.

Die *anatomische Diagnose* lautete: (9 Wochen altes Mädchen): *Atresia i vaginalis operat. Uterus bicornis.* Abnorme Peritonealfalte zwischen ctum und Blase etc. etc. Scheckige Fleckung der Nieren.

Bei der Nierenanomalie handelt es sich im wesentlichen um eine Ent- cklungshemmung, welche, als entwicklungsmechanisches Experiment r Natur aufgefasst, eine Stütze für die Anschauung ist, nach welcher h das Kanalsystem der Niere aus zwei getrennten Anlagen entwickelt d welche andererseits Beziehungen zu den von dem Nierenparenchym bst ausgehenden Tumoren in sich trägt.

Die oben beschriebene Anomalie der kindlichen Niere scheint ausser- dentlich selten zu sein. Meyer hielt es deshalb für angezeigt, auch ter dem tierpathologischen Material sich nach dem Vorkommen glei- er oder ähnlicher Veränderungen umzusehen. Die daraufhin ange- ellten Untersuchungen werden in einem weiteren Kapitel: « *Ueber die leckniere der Kälber* » besprochen, in einem dritten und letzten Kapitel lgen: « *Die Cystennieren der Kinder und der Erwachsenen* ».

Die Resultate der vorstehenden Arbeit lauten kurz, folgendermassen:

1. *Es gibt Entwicklungshemmungen der kindlichen Niere, welche dafür sprechen, dass sich die bleibende Niere aus zwei getrennten Kanalsystemen aufbaut.*

2. *Die Genese der Cystenniere ist auf Entwicklungsstörungen zurückzuführen.*

3. *Die in der Entwicklung gehemmten Partien können, bei Fortbestehen des Lebens, den Boden für die Entstehung echter Tumoren liefern.*

Dr. HANS MEYER-RUEGG, Zürich:

Ein Fall von Placentaradhärenz.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band I, Heft 1.)

Nach einer kurzen Einleitung, in der die Arbeiten von LANGHANS, NORDMANN* und BERRY HART erwähnt werden, gibt H. MEYER seine « *Definition der Placentaradhärenz* »: *Eine Placentaradhärenz besteht nur dann, wenn die vermittelnde Schicht der Decidua (serotina) wegfällt, wenn also eine Trennung von Mutterkuchen und Gebärmutterwand nicht mehr ohne Eröffnung der intervillösen Räume, d. h. nicht mehr ohne Verletzung des Placentargewebes stattfinden kann.*

In solchem Falle ist es aber nutzlos, nach der Ursache der Verwachsung an der von der Uteruswand getrennten Placenta forschen zu wollen. Richtigen Aufschluss wird uns einzig und allein die Uteruswand mit den bei der Lösung sitzengebliebenen Bestandteilen der Placenta gewähren können. Das Material zu derartigen Untersuchungen fliesst natürlicherweise spärlich, einschlagende Arbeiten haben LEOPOLD (1891), NEUMANN (1896), ALEXANDROW (1900) und HENSE (1902) publiziert.

H. MEYER ist nun in der Lage, über einen weiteren Fall eingehender zu berichten und denselben durch drei Abbildungen zu illustrieren.

Die Sektion ergab bezüglich der Genitalien folgendes: Uterus reicht bis zum Nabel. Cavum bis auf den vorderen, oberen Teil mit Jodoformgaze tamponiert. Placentarstelle am Fundus und an der vorderen Wand, noch bedeckt mit sehr zähe anhaftenden Placentaresten. Uteruswand besonders im Fundus kolossal verdünnt etc.

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, pag. 66 : *Dr A. Nordmann :* « Zur Frage der Placentaradhærenz. »

Die Fig. 11 (Fig. 1 der Originalarbeit) repräsentiert einen Querschnitt rch die ganze Dicke der Uteruswand an der Placentarstelle. Die Utesward selbst zerfällt auf's Deutlichste in zwei Schichten: die äussere, m Peritoneum zugelegene und die innere, dem Cavum zugewendete. e Schichten kennzeichnen sich am obigen Schnitte besonders da utlich, wo sie durch einen Spalt von einander getrennt sind, welcher n der Oberfläche bei *a* beginnend über die Hälfte des Präparates naus zu verfolgen ist.

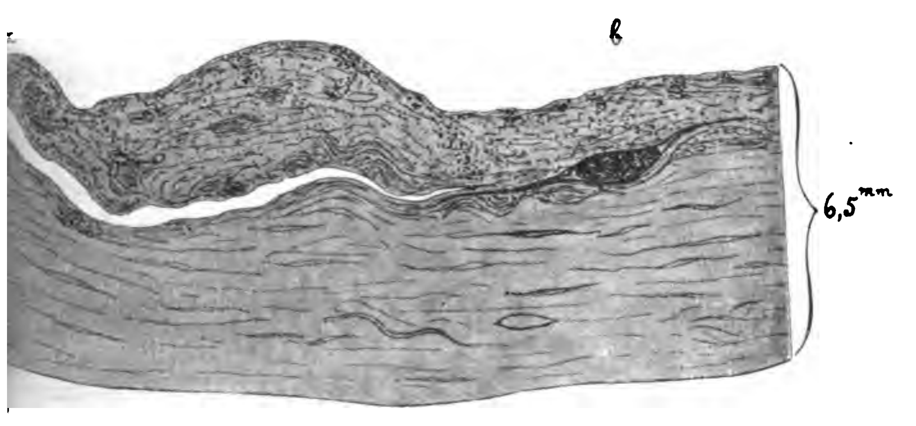


Fig. 11.

Die äussere Schicht weist im Ganzen die Beschaffenheit einer contraerten Wandung eines puerperalen Uterus auf. Ihre Muskulatur verläuft flach übereinander liegenden, ziemlich regelmässig geschichteten Laellen; gegen die innere Schicht hin fallen jedoch einige Unregelmäsgkeiten auf, indem an einzelnen Stellen die Muskellamellen ihre gleichässige Lagerung verlieren, ihre Fasern auseinander weichen und diese elligen und ungeordneten Verlauf aufweisen.

Von einer die Muscularis bedeckenden Deciduaschicht ist gar nichts ı sehen. Je mehr wir uns der Cavumoberfläche nähern, um so seltener erden die noch erkennbaren Muskelzellen. Die Oberfläche zeigt einen innen Belag von faserigem und gekörntem Fibrin.

Was aber den Befund noch besonders lehrreich gestaltet, das sind die este der Chorionzotten, welche in's Muskelgewebe hineingewuchert sind nd die sich bei *b* am schönsten präsentieren.

Man darf annehmen, dass die Ursache dieser abnormen Verbindung er Placenta mit der Uteruswand in den Vorgängen bei der vorausge-

gangenen Geburt zu suchen ist. Infolge der künstlichen Lösung der Placenta (eine genaue Anamnese gibt darüber einlässlichen Aufschluss), sowohl wie der lange dauernden Endometritis puerperalis, hatte sich das Endometrium mangelhaft regeneriert. Das Eichen liess sich in einer atrophischen Schleimhaut nieder; die Zotten suchten ihr Blutbedürfnis deshalb in tieferen Schichten zu befriedigen und gelangten so in die Venen der Muskulatur; dadurch war die oberflächliche Muskellage, soweit die Zotten eingewuchert waren, zur Abstossung bestimmt. Der so geschwächten Uteruswand war es aber unmöglich, die degenerierte Schicht mit den darinsteckenden Chorionzotten abzustossen.*

Prof. Dr. M. Muret, Lausanne:

Die moderne Gynækologie.

La Gynécologie moderne.

Leçon inaugurale faite à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, le 13 novembre 1903.

(Librairie F. Rouge et C[ie]. Lausanne 1903.)

Muret, der an der Lausanner-Universität zum *Prof. der theoretischen Gynækologie* ernannt worden war, hatte als Antrittsrede das Thema « *Moderne Gynækologie* » gewählt.

Nach einer Einleitung, in der die Verdienste des verstorbenen *Prof. Rapin* um Gynækologie und Geburtshilfe eingehend gewürdigt werden, zeigt *Muret,* wie sich in Deutschland die Frauenheilkunde aus der Geburtshilfe heraus entwickelt und wie erstere in Frankreich sich vor kurzer Zeit definitif von der Chirurgie losgesagt hat.

Die Schaffung eines Lehrstuhles für theoretische Gynækologie betrachtet *Muret* als den ersten Schritt zu einer « Autonomie » der Gynækologie, welch' letztere bis zur jetzigen Stunde an der Lausanner Med. Fakultät nocht gänzlich in den Händen des Chirurgen lag.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, pag. 53 und 54: *Dr Schwarzenbach:* « Fall von Fehlgeburt im 4. Monat bei Insertion der Placenta auf einem submucösen Uterusmyom etc. » *Schwarzenbach* veröffentlichte einen Fall, wo bei atrophischer Uterusschleimhaut (submucöses Uterusmyom) die Nachgeburt, nach der Geburt eines 4-monatlichen Fœtus, vollständig ausgestossen worden war und zwar in der Weise, dass die « *nekrotisierende* » Lage von Muskelzellen, durch kräftige Contraction des Uterus abgehoben worden war.

Muret entwickelt dann sein Programm des zu gebenden Kurses der ·oretischen Gynækologie; ein Programm, das dem neuerwählten Prosor in jeder Beziehung zu Ehre gereicht und das berufen ist, auf dem biete der Frauenheilkunde möglichst tüchtige Aerzte heranzuziehen. erst wird auf das Studium der Symptome und Manifestationen der gy·kolog. Affektionen eingegangen und werden die modernen terapeuchen Massnahmen abgehandelt.

Zum Schlusse spicht *Muret* den Wunsch aus, er möchte in der Lage n dem Studenten zu zeigen, wie die theoretischen Ideen in die Praxis ızuzetzen seien; da aber erinnert er sich, dass er ja nur theoretische 'nækologie zu lesen habe.

Hoffen wir, dass die Zeit nicht mehr fern seine möge, wo auch dieser unsch *Murets* in Erfüllung gegangen sein wird!

Ref.: Dass tüchtige Aerzte auf dem Gebiete der Frauenheilkunde nur nn herangezogen werden können, wenn praktische und theoretische ɩnækologie in ein und derselben Hand, d. h. in der Hand eines erfahnen « Gynækologen » liegen, darüber denken wir, ist wohl jeder einig, ıd es scheint mir, dass das gute Ansehen der rühmlichst bekannten ıusanner-Universität es erfordert, dass nach dem ersten Schritt vorwärts ld auch der zweite, *die definitive Vereinigung der theoretischen mit der aktischen Gynækologie, folgen möge.*

Prof. Dr. M. Muret, Lausanne:

Ueber einen Fall von Spaltbecken.*

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. VII. Heft 3, pag. 325. 1903).

Eine Missbildung, wie das gespaltene Becken, ist immer eine seltene rscheinung; die Zahl der an der lebenden Frau beobachteten Fälle ist ne sehr geringe. *Muret* ist nun in der Lage einen selbst beobachteten ıll hinzuzufügen:

* *Anmerkung des Ref.:* Siehe über diesen Gegenstand das Kapitel: « *Spaltbecken* » « *Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe* » von *Prof. Bayer* (I. Band, Heft II, g. 193).
Siehe entsprechendes Referat in diesem Jahrgang: « Ausländische Litteratur ».



24 Jahre altes Fräulein, wurde mit 4½ Jahren von einem Wagen überfahren: 6 Monate langes Krankenlager. Erste Periode mit 18½ Jahren.

Gang normal; Hüften sehr breit; Leib flach. Regio pubica sehr verbreitert; Mon Veneris ganz flach: Die Pubes erstrecken sich dem entsprechend auf eine sehr gross Breitenausdehnung. Die Palpation lässt erkennen, dass keine Schambeinfuge existiert Der Symphysenspalt beträgt, bei aneinanderliegenden unteren Extremitäten, 8½ cm beim Auseinanderspreizen derselben 10½ cm. Breite. Luftfigur zwischen den Ober schenkeln. Ausgesprochene Lordose der Lendenwirbelsäule; Beckenneigung schein ziemlich stark. Die Conjugata externa hat eine Länge von 16 cm. Bei Gehen fällt an der nackten Patientin nichts auf; der Gang ist sicher.

Ueber die äusseren Genitalien gibt eine instruktive Abbildung Aufschluss.

Untersuchung in Aethernarkose: Scheide kurz, zeigt wenig Falten, Uterus klein normal anteflektiert, anteponiert, unmittelbar hinter dem Lig. interpubic. gelegen Adnexe normal. Conjugat. diagonal 11½ cm. Kreuzbein stark geneigt. Entfernung der Tuberositas ischiad. = 17 cm. (in der Steinschnittlage gemessen).

An dem beigegebenen *Radiogramm von Prof. Berdez* (Tafel VI) fällt zunächst der breite Spalt der vorderen Beckenwand auf, dann die eigentümliche, mit abgerundeten hinteren Ecken versehene Figur des Beckens, sowie die bedeutende Entfernung der Trochanteren und die seitliche Lage der Pfannen. Das Kreuzbein teilt das Becken in zwei etwas ungleiche Hälften. Die Spinæ ischii springen stark nach innen vor. Die Sitz- und Schambeine verlaufen nach vorn und sind leicht nach innen gedreht; deshalb sieht man weder die medianen Enden der kurzen Ossa pubis, noch die Foramina obturatoria.

Epikrise. Das beschriebene Spaltbecken kann nur eine angeborene Missbildung des Beckens sein, während allerdings die pathologischen Zustände an den äusseren Genitalien deutlich den Stempel erworbener traumatischer Læsionen tragen. Das Becken zeigte alle charakteristischen Eigentümlichkeiten des congenitalen Spaltbeckens; die Ileosacralgelenke waren absolut nicht in Mittleidenschaft gezogen. Eine Abreissung oder Zerquetschung des Symphysenknorpels hätte höchstens zu einer mangelhaften Entwicklung der Ossa pubis und der vorderen Beckenwand, aber nie zu einer Diastase, Aenderung der Wachtumsrichtung der Ossa ilei etc. geführt.

Wir haben es also hier um das eigentümliche Zusammentreffen einer angeborenen Missbildung, eines gespaltenen Beckens, mit einem auf dasselbe einwirkenden gewaltigen Trauma zu tun.

Der *Muret'sche Fall dürfte die erste und einzige unzweifelhafte Beobachtung eines Spaltbeckens mit vollständig normaler Entwicklung der Blase und der Bauchdecken (inclusive des Nabels) sein;* er spricht entschieden gegen die Theorien der Entstehung des fehlenden Schlusses der vorderen Beckenwand durch mechanische Hindernisse. (Vorlagerung der Blase oder des Darmes, etc.)

RADIOGRAMM DES MURET'SCHEN SPALTBECKENS.



Nach einer Aufnahme von Prof. Berdez in Lausanne.

Zum Schluss geht *Muret* auf eine kritische Besprechung der zur Erklä-ung der Entstehung des Spaltbeckens aufgestellten Theorien ein. Zwei veitere Abbildungen zeigen die Patientin von vorn und von hinten, in ufrechter Stellung.

Dr. E. Oswald, Basel:

Zur Gelatinebehandlung bei Melæna neonatorum.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr O. v. Herff.

(Münchener med. Wochenschrift, N° 47, pag. 1960. 1902.)

Im *Basler-Frauenspital* sind, von März 1896 bis gegenwärtig, unter ca. 6500 Geburten, nur 5 Fälle von echter Melæna neonatorum beobachtet worden.

1. Knabe, 49 cm., 3020 g. Am 2. Tag einige Male Blutbrechen. Am 3. Tag wieder 2 mal starkes Blutbrechen. Stuhlgang schwarz. Diese Blutungen dauern die beiden folgenden Tage fort. Am 6. Tag Stuhlgang wieder normal. Das Kind trinkt an der Brust. Trotzdem fortwährende Gewichtsabnahme bis zum 10. Tag (2485 g.). Am 11. Tag, beim Austritt, Gewicht 2520 g. Kind wohl. Die Therapie hatte sich beschränkt auf Tieflegen des Kopfes und Eisblase auf den Leib.

2. Knabe, 43 cm., 1750 g. Das frühreife Kind magert beständig ab. Am 10. Tag blutiger Stuhlgang, das Kind wird in den Wärmekasten gebracht. Gewicht 1530 g. Therapie: ½ Spritze Ergotin, ½ Spritze Ol. camphorat. Am 11. Tag, beim Austritt, 1510 g. Zustand sehr schlecht.

3. Knabe, 49 cm., 3150 g. Am 2. Tag: Erbrechen stark blutiger Massen und blutige Stühle. Wird mit tiefgelegtem Kopf in den Wärmekasten gebracht. Am 3. Tag immer noch blutiger Stuhl. Erhält Eisblase auf den Leib und Morgens und Abends subkutan Ergotin, je 0,2. Trinkt an der Brust. Gewicht 2850 g. Am 4. Tag Stuhlgang wieder normal. Beim Austritt, am 11. Tag, 3000 g. Völliges Wohlbefinden.

4. Knabe, 52 cm., 3900 g. Am 2. Tag mehrmals blutiger Stuhlgang, ebenso in der folgenden Nacht (4 mal). Trinkt nicht gut an der Brust. Am 3. Tag: Kind sehr blass. Morgens Injektion von 20 ccm. 2 proz. Gelatine. Tagsüber noch 4 mal blutiger Stuhlgang. Trinkt wieder besser. Abends wieder Gelatineinjektion (5 ccm.). Temperatur 39,3. Gewicht 3300 g. Am 4. Tag: Kein Blut mehr im Stuhlgang. Temperatur Morgens 38,3. Nabel ohne Besonderheiten. Aussehen besser. Keine Injektion mehr. Von jetzt an fortwährend Gewichtszunahme bis zum Austritt am 11. Tag (3530 g.). Temperaturen vom 4. Tag an wieder normal.

5. Mädchen, 50 cm., 3700 g. Am 2. Tag: blutiger Stuhlgang und Blutbrechen. Kind sehr blass, wird in den Wärmekasten gebracht. Am 3. Tag: Die Blutungen dauern fort. Temperatur normal. Nabel in Ordnung. Injektion von 5 ccm. einer 2 %



Gelatinelösung. Nach kurzer Pause treten wieder blutige Entleerungen auf, so dass das Kind Abends äusserst anämisch ist. Abermalige Injektion von 5 ccm. 2 % Gelatine. In der Nacht keine Blutung mehr. Keine Temperatursteigerung. Gewicht beim Austritt, am 11. Tag, 3370 g. Kind wohl und gesund.

Ausser Fall 2, der ein frühreifes Kind von nur 1750 gr. betrifft, das auch ohne Melæna hätte zu Grunde gehen können, gingen alle Fälle, sowohl die ohne, wie die mit Gelatine behandelten, in Heilung aus.

Diese Beobachtungen beweisen auf's neue, wie ausserordentlich vorsichtig man in der Kritik der Wirkung terapeutischer Massnahmen sein muss. Wir sind jedenfalls in schweren Fällen berechtigt, die Gelatineinjektionen mangels anderer Behandlungsmethoden zu versuchen.

Dr. S. de Patton, Genf:

Zur diagnostischen Bedeutung der Hyperleucocytose bei den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Valeur diagnostique de l'hyperleucocytose dans les affections inflammatoires de l'appareil génital de la femme.

Aus dem Laboratorium der Universitätsfrauenklinik in Genf: Prof. Dr. A. Jentzer.

(Revue médicale de la Suisse romande, Nr. 9, p. 585, 1903.)

Hayem, Patrigeon, Rieder, van Limbeck, Cabot, Wezel, Curschmann u. A. haben den Wert der Leukocytenzahl bei entzündlichen Prozessen erkannt und durch Untersuchungen vertreten.

Max Dützmann hat die Hyperleucocytose zum erstenmal bei eitrigen Prozessen im Genitalapparat der Frau studiert; dann ist im gleichen Jahre Ernst Laubenburg der Frage: « *Ueber Wesen und Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eitrigen Prozessen im Genitalapparat der Frau* » näher getreten. Auf französischer Seite haben sich in der Folgezeit Bérard und Descos mit der uns interessierenden Frage beschäftigt: « *Sur l'utilisation de la leucocytose dans le diagnostic de certaines affections génitales de la femme* ». Vor ganz kurzer Zeit hat dann noch Kirchmayer über den diagnostischen Wert der Leucocytose bei entzündlichen Affektionen der inneren Geschlechtsorgane der Frau sich vernehmen lassen.

Auf Veranlassung von Herrn Prof. JENTZER ist nun DE PATTON der aktuellen Frage der « *Hyperleucocytose bei den entzündlichen Erkrankungen* » näher getreten und zwar auf Grund von 17 untersuchten Fällen.

DE PATTON kommt zu folgendem Schlussresultat:

« Bei den eitrigen Beckenaffektionen findet eine wirkliche Zunahme der weissen Blutkörperchen statt, mit geringer Verminderung der roten Blutkörperchen.

In Fällen von akuten und subakuten Entzündungen, in Fällen von manifesten Infektionen, post abortum und post partum, findet eine deutliche Vermehrung der Leucocyten statt, während in andern, selbst akuten Entzündungen unbekannter Natur, die Zahl der weissen Blutkörperchen nicht vermehrt und die Zahl der roten Blutkörperchen normal ist, selbst bei tuberkulösen Processen. In Fällen von Pyohemie ist die Zahl der Leucocyten sehr stark vermehrt. »

Anmerkung des Ref.: Max Dützmann (Zentralblatt f. Gyn. Nr. 14, 1903) hat an der *Martin'schen* Klinik zu Greifswald 12 Fälle untersucht und folgenden Schluss daraus gezogen: » *Die Kontrolle der Zahl der weissen Blutkörperchen wird wegen ihrer Zuverlässigkeit ein wesentliches und unentbehrliches differential-diagnostisches Hilfsmittel in der Diagnose der weiblichen Genitalerkrankungen werden.*

Ernst Laubenburg (Zentralblatt f. Gyn. Nr. 22, 1903) stimmt an Hand seiner Untersuchungen obigem *Dützmann'schen* Schlusssatze bei; er geht dann aber noch auf Details ein und studiert eingehend das Verhältnis der polynucleären Leucocyten zu den Symphocyten etc.

Bérard und *Descost* (Revue de Gynécologie de S. Pozzi N° 1, 1903) haben 25 einschlagende Fälle untersucht und sind zu folgenden *Schlussfolgerungen* gelangt:

1. Im Bereiche der Genitalsphäre des Weibes handelt es sich jedesmal um eine eitrige Laesion (z. B. um eine inficierte Hæmatocele), wenn die Zahl der Leucocyten 12—13,000 oder mehr beträgt (mit deutlicher Vermehrung der polynucleären Leucocyten 80—85 : 100); der Eiter ist dann virulent. Mit der Operation soll man in solchen Fällen, wenn immer möglich, zuwarten; wenn operiert werden muss, soll möglichst der vaginale Weg gewählt werden.

2. Beträgt die Anzahl der Leucocyten weniger als 10—11,000 mm³, so ist entweder kein Eiter vorhanden, oder der Eiter ist wenig virulent. Mit etwas Vorsicht (Abschluss des Peritoneums und der Därme mit Compressen) kann man ohne Zögerung und ohne grosses Risiko eine Laparotomie ausführen.

Kirchmayer (deutsche med. Wochenschrift 1903 und Wiener klin. Rundsch. 1903) gelangte zu folgenden Schlussfolgerungen: « Beträgt die Zahl der Leucocyten 30,000, so kann man behaupten, dass Eiter vorhanden ist. Ist die Leucocytose nicht sehr ausgesprochen (normalerweise finden sich 8—10,000 weisse Blutkörperchen in einem mm³), so ist man im Unklaren, denn eine normale Zahl von Leucocyten schliesst einen eitrigen Prozess nicht absolut aus. »

Ref.: Der Leser wird aus den obigen Tatsachen den Eindruck empfangen haben, dass es sich hier um ein Gebiet der « Hæmatologie »

handelt, das eventuell berufen ist, uns auch in praktischer Hinsicht grosse Dienste zu leisten.

Es sei noch erwähnt, dass ERICH MAYER (München) an der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in *Cassel* (1903) in seinem Vortrage: « *Ueber den Nachweis der Leukocytenvermehrung im Blut mittelst chemischer Reagentien* » die bekannte *Guajakprobe* empfiehlt, die etwa von 19,000 Leucocyten an positiv wird.

Die Reaktion findet sich bei latenten Eiterungen, bei Abscessen, bei Empyem etc.

Demjenigen, der sich um diese interessanten Fragen eingehender interessiert, möchte ich zum Studium den ganz vorzüglichen « *Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes* », von Dr. C. S. ENGEL, bestens anempfehlen. Dieser Leitfaden ist 106 Seiten stark und enthält 10 Textfiguren und 4 Tafeln in Farbendruck. (Verlag von August Hirschwald. Berlin, 1902, Preis 6 fr. 70.)

Prof. Dr. G. ROSSIER, Lausanne:

Das Puerperalfieber.

La fièvre puerpérale.

Leçon inaugurale faite à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, le 28 avril 1903.

(Imprimerie Georges Bridel et Co, Lausanne, 1903.)

In seiner Antrittsrede hat sich ROSSIER über das jederzeit interessante Gebiet des Puerperalfiebers verbreitet.

Nach einer historischen Einleitung und einer gerechten Würdigung von SEMMELWEIS wird auch des verstorbenen *Professor Bischoff in Basel* * gedacht, der als einer der Ersten die antiseptische Behandlung mit Carbolsäure in die geburtshilfliche Praxis einführte.

Heutzutage ist die Total-Mortalität in den Gebäranstalten zirka 0.5 % und die Puerperal-Mortalität zirka 0,1 %

Was versteht man unter dem Begriff des Puerperalfiebers? Man bezeichnet damit eine Resorption, sei es von Mikroorganismen, sei es von ihren Produkten, durch Wunden des Genitalkanales.

Wie verteidigt sich der Organismus gegen diese Invasion? Durch eine schlagfertige Armee von weissen Blutkörperchen.

* Siehe diesen *Jahrgang: « Professor Dr Johann Jacob Bischoff,* Basel: Sein Lebensgang und sein Wirken ».

Der Reihe nach werden besprochen die « puerperale Intoxication »; die puerperale Infektion; die an der Eintrittspforte lokalisierten Gewebsveränderungen; die Affektionen, die durch Verbreitung vermittelst der Blutbahn entstanden sind, wie die Thrombophlebitis, die Pyæmie und die puerperale Septicæmie.

Dann folgen die pathologischen Veränderungen, deren Ausdehnung auf dem Wege der Lymphbahnen sich etablierte, wie die Metritis, die Parametritis, die Pelveoperitonitis und die allgemeine Peritonitis.

Zuletzt wird die Diagnose, die Prognose und die Therapie besprochen.

Ref.: Beim Durchgehen einer solchen Arbeit, mit der ein an praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen reicher Mann seine eigentliche klinische Tätigkeit beginnt, können wir uns drei Fragen vorlegen:

Erstens, ist der Vortrag klar abgefasst, so dass man hoffen kann, dass die Studenten den Inhalt und Sinn voll und ganz erfassen?

Zweitens, ist der Vortrag durchweht von dem Gefühle der Humanität, so dass er eine Garantie dafür abgibt, dass die dem klinischen Lehrer anvertrauten Kranken in jeder Beziehung sich in väterlicher Obhut befinden? und

Drittens, ist der neuerwählte Professor geistig und wissenschaftlich so weit vorgedrungen, um seine Kräfte voll und ganz in den Dienst der Wissenschaft zu stellen und sein Scherflein zum weiteren Ausbau derselben beizutragen?

Die Durchsicht der vorliegenden Antrittsrede gestattet uns, alle diese drei Fragen in bejahendem Sinne zu beantworten.

Dr. N. Platter, Zürich:

Nochmals über Sitzbäder*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 3, pag. 88, 1903.)

Platter möchte einer vermehrten Anwendung der heissen Sitzbäder das Wort reden; darunter will er ein Teilbad von 28—36° R. verstanden

* Siehe *Gyn. Helv.* III, pag. 55: *Dr B. Tschlenoff:* « Die Sitzbäder, deren physiologische Wirkung und Indikationen für Anwendung derselben. »

Des weiteren sei auf das in diesem Jahrgang im Kapitel: « *Ausländische Litteratur* » kurz besprochene, neueste Werk von *Prof. A. Bier:* « *Hyperaemie als Heilmittel* » bestens aufmerksam gemacht.



wissen. (TSCHLENOFF 26—31 R.) Aus seinem Wesen als Teilapplikation leitet sich die Berechtigung und Möglichkeit her, nach oben, wie nach unten, extremere Temperaturen anzuwenden, als dies z. B. bei einem Vollbad angezeigt wäre.

Es besteht bekanntlich bei verschiedenen Organen heissen und kalten Temperaturen gegenüber, ein verschiedenes Verhalten. So ist das Herz kalten Temperaturen gegenüber sehr tolerant und empfänglich; umgekehrt sind Respirations- und Verdauungstraktus eher warmen Temperaturen zugänglich. Dieses Specialverhalten der Organe gegen Temperaturen sollte bei termischen Applikationen nicht ausser Acht gelassen werden.

Ein zweiter, theoretisch wichtiger Punkt ist der, dass mit dem Zustand der passiven Hyperæmie, der durch das Sitzbad erzeugt wird, keineswegs das Endresultat seiner Wirkung erreicht ist, im Gegenteil, man erreicht in den behandelten Organen noch eine verbesserte Circulation. Dass dies der Fall ist, das beweisen die guten Dienste, die uns heisse Sitzbäder bei Hæmorrhoiden und Dysmenorrhœn mit lang dauernder Blutung leisten.

Spezielle Indikationen: Neurasthenie, Obesitas und Gicht, rheumatische Affektionen, Magen- und Darmerkrankungen, hydropische Zustände, *Blasenerkrankungen.*

Ein wichtiges und dankbares Anwendungsgebiet sind ferner eine Anzahl gynækologischer Leiden:

Die besten Resultate erreicht man wohl bei *dysmenorrhoischen Beschwerden.* Seien es starke Schmerzen, sei es verminderte oder übermässig gesteigerte und verlängerte Blutung. So haben wir in den heissen Sitzbädern ein sehr gutes Mittel, die Beschwerden zu lindern und die Blutung zu regulieren. Die Applikationsweise ist dann derart, dass die Bäder in den Pausen zwischen 2 Menstruationen genommen werden und zwar täglich bis zum Beginn der Menses. Während derselben wird sistiert und erst nach ihrem Abklingen die Behandlung wieder aufgenommen.

Weiter kommen eine Menge rein nervös-sexueller Beschwerden und Störungen in Betracht und endlich die chronischen Entzündungen des Uterus und der Ovarien, alte Entzündungsreste, wie peri- und parametritische Schwarten und Infiltrationen.

Dr. Konrad Sick, Bern:

Ueber Lymphangiome.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Langhans.

(Virchow's Archiv, 172. Band, 1903.)

Sick hat Gelegenheit gehabt, 8 Fälle von Lymphangiomen zu untersuchen; den Gynækologen interessiert ganz besonders ein *Lymphangiom in einem isolierten Schleimhautkeim der Uterusmukosa*:

37-jährige Patientin; hat Malaria durchgemacht; vor 6 Jahren Alexander-Adam-Operation; seit 3 Jahren hat sich der Uterus beträchtlich vergrössert und sind starke Metrorrhagien aufgetreten. Milzschwellung; am 13. Juni 1902 Exstirpation des Uterus (Prof. *Tavel*) unter Zurücklassung der Adnexe; beim Durchschneiden des r. Lig. latum zeigte sich neben der Art. uterina ein auffallend weites Lymphgefäss, das klare Flüssigkeit entleerte.

Das *Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung* stellt eine Erweiterung der Lymphgefässe- und Spalten des Uterus fest, die sich auch auf die zuführenden Lymphgefässe des Lig. lat. centralwärts fortsetzt. Ferner hat man es mit einem intramuskulären Tumor in der vorderen Uteruswand zu tun. Seine Hauptbestandteile sind die Stromazellen der Uterusschleimhaut, Spindelzellen, bindegewebiger Natur, dem lymphoiden Typus sich nähernd; darin eingelagert sind, neben grösseren und kleineren Blutgefässen, zahllose Lymphräume von den verschiedensten Dimensionen, z. T. ausgesprochen cystische Bildungen.

Den Entwicklungsgang vieler Lymphangiome kann man sich folgendermassen vorstellen:

1) *Isolierter Gefässbindegewebskeim mit Proliferation neuer Lymphgefässe.*

2) *Auftreten von Retentionserscheinungen:* Ektasien, Cystenbildung. Neubildung von Lymphgefässen auf einzelne Regionen beschränkt.

3) *Vollständige Verödung* des Lymphangioms, Bildung grösserer Cysten, Reduktion der Wandbestandteile, eventuell Zugrundegehen des Endothels.

Die Ursachen der bei den Lymphangiomen vorkommenden *Ektasien* sind nicht in jeder Hinsicht klar. In Betracht kommen folgende Punkte:

1) Stauung durch Abknickung und durch teilweise Obliteration der Lichtung.

2) Erhöhte Nachgiebigkeit der mangelhaft ernährten oder gelockerten Wände.

3) Sekretionstätigkeit des Endothels.

Sick gibt zum Schlusse zwei *mikroskopische Abbildungen:*

a) Lymphangiom in einem isolierten Schleimhautkeim der Uterusmukosa, und

b) Lymphangiom der Nebenniere.

Doc. Dr. Sidler-Huguenin, Augenarzt, Zürich:

Beitrag zur Kenntniss der Geburtsverletzungen des Auges.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 6, p. 169, et Nr. 7, p. 205, 1903.)

Da diese Verletzungsarten des Auges weder in den Handbüchern der Geburtshilfe, noch in denen der Augenheilkunde besprochen werden, so scheint es Sidler angezeigt, einige in dieses Kapitel einschlägige Fälle *aus der Privatpraxis* und *aus der Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr.* Haab genauer zu besprechen.

Aus der Litteraturübersicht geht hervor, — und dies hat auch für die gerichtsärztliche Praxis die grösste Bedeutung, — dass auch nach *spontan verlaufenden Geburten schwere Augenverletzungen beobachtet worden sind.*

Sidler verfügt über 7 *Fälle:*

Fall 1. Erstgebärende; normale Beckenverhältnisse; Geburtsdauer 15 Stunden; normale Geburt, nach welcher sofort eine *rechtsseitige Facialislähmung* beobachtet wurde. Nach 3 Wochen Hornhautgeschwür mit noch immer ausgesprochenem Lagophthalmus, der auch in der 9. Woche noch vorhanden war.

Ein Grund der Facialisparalyse konnte nicht eruiert werden: Gewicht des Kindes 3320 gr., Länge $50^1/_2$ cm., Kopfumfang 37 cm.

Fall 2. Erstgebärende, normale Beckenverhältnisse; Geburtsdauer 64 Stunden; frühzeitiger Blasensprung; Zange in der Beckenhöhle. Bald nach der Geburt fiel *Trübung der beiden Hornhäute* auf; nach 3 Tagen waren diese soweit aufgehellt, dass bei dilatierter Pupille der Augenhintergrund schon zu sehen war; der Fundus erwies sich beiderseits als vollständig normal. Am 9. Tage post partum waren beiderseits die diffusen Hornhauttrübungen verschwunden; in der rechten Cornea waren im Zentrum noch 3 und links noch 2 breite, parallel nebeneinender verlaufende, linien- oder streifenförmige Trübungen zu sehen. Am Fundus keine Blutungen vorhanden. Später hellten sich die Hornhäute noch vollständig auf.

Fall 3. Schwere Zange, im Becken-Eingang, wegen Eklampsie. *Parese des linken Facialis; rechtes Auge geschwollen; beiderseits Sugillationen der Conjunctivæ bulbi,* rechts mehr wie links. Die rechte Cornea war « in toto » diffus milchig getrübt und fein gestichelt. Rechte Vorderkammer viel tiefer als linke und über der ganzen rechten Iris flüssiges Blut. Die linke Hornhaut war auch leicht diffus milchig getrübt und fein gestichelt. Die Oberfläche war beiderseits intakt; beiderseits Tension normal.

Nach 4 Tagen hatte sich die rechte Cornea aufgehellt und man konnte in der Maculagegend einige runde Haemorrhagien konstatieren; nach weitern 5 Tagen war die l. Cornea fast normal klar und die rechte auch etwas heller. Am Fundus verschiedenartige Blutungen; sie hatten das charakteristische Aussehen von kleinen und mittelgrossen Netzhautblutungen. Glaskörper normal. Nach 11 Tagen Anstaltsaufenthalt wurde das Kind mit noch streifig getrübter Cornea entlassen. Nach weiteren 4 Wochen wies die Cornea immer noch einige streifige, schief verlaufende Trübungen auf; alle Blutungen waren bis auf die grösste spurlos verschwunden.

Eine genaue ophthalmoscopische Untersuchung des $4^1/_2$-jährigen Knaben ergab durchaus normale Verhältnisse.

Fall 4. Allgemein verengtes Becken II°. Conj. v. 7,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 35. Woche. Quetschungserscheinungen. Zange im Beckeneingang. Sofort nach der Entbindung wurde die *Trübung der beiden Hornhäute* entdeckt. Tension normal. Keine Conjunctivitis. Cornealoberfläche ganz leicht rauh, keine Epitheldefekte. In der Cornealtrübung keine Gefässe nachweisbar. 16. Februar 1902 (Geburt 20. Dezember 1901). Die breiten linienförmigen Streifen in der Cornea sind beiderseits viel dünner geworden. Ophthalmoskop: beiderseits nichts besonderes.

Fall 5. Frau G., die mit dem linken Auge schielt, berichtet, dass ihr linkes Auge, seit der Geburt, infolge einer Zangengeburt, blind sei.

Der linke Opticus vollständig atrophisch; Maculaerkrankung in Form von weissen Herden. Von der Pupille zieht sich ein weisser Strang nach der Maculagegend hin; es dürfte sich um einen, in Bindegewebe übergegangenen, Exsudatrest handeln. Ueber demselben ist noch ein kurzer Bindegewebsstreifen, der in der Macula in einen weissen, unregelmässigen Herd endet. Der übrige Fundus ist normal.

Fall 6. Knabe, 1 Jahr alt, der seit mehr als $^1/_4$ Jahr schielt. Zangengeburt.

Starke *Convergenz des rechten Auges,* das *Nystagmus* mit kleinen Zuckungen aufweist. Auch links ist etwas Zittern vorhanden. Pupille beiderseits gleichweit. Ophthalmosk. beiderseits alles normal, ausser stark atrophischer Verfärbung der rechten Pupille und weniger starker, deutlicher atroph. Verfärbung auch der l. Pupille.

Fall 7. Mädchen von $3^1/_2$ Jahren, mit der Zange entbunden; die Lider und die Umgebung des rechten Auges seien nach der Geburt stark geschwollen und blutunterlaufen gewesen; jetzt besteht rechts deutliches *infant. Glaucom;* rechtes Auge « in toto » vergrössert, vollkommen reizlos; rechte Cornea spiegelt schön, typische bandförmige Trübungen etc. Linkes Auge normal.

Epikrise. Beim ersten Fall haben wir bei normalen Beckenverhältnissen und nach einem ganz normalen Geburtsverlauf eine rechtsseitige Facialisparalyse; bei den anderen 6 Fällen haben wir es mit Augenverletzungen nach Zangengeburten zu tun, aber auch da treffen wir verschieden schwerere Verletzungen an.

Die Ursache der Facialisparalyse beim ersten Fall ist schwerlich zu eruieren: Druck des Promontoriums auf den Nerven, oder Hirnblutung?

Bei den andern 6 Fällen handelt es sich um Zangengeburten. Der seitliche Druck des Forceps genügt, um den Schädelinhalt zu verkleinern und dadurch eine Störung in den Blut- und Lymphenbahnen des Gehirns, wie der Augen, herbeizuführen. Die Zirkulationsstörungen sind wohl zweifacher Natur. Erstens können durch den Zangendruck die Schädelknochen verschoben und dadurch der Raum der Schädelhöhle verkleinert werden, und zweitens kann auch durch den seitlichen Zangendruck der Orbitalinhalt verkleinert werden und es dadurch wegen mangelhaften Abflusses zu Zirkulationsstörungen kommen. Wenn die Drucksteigerung plötzlich eintritt, so führt sie zu den Erscheinungen des Oedems. In Fall 2, 3 und 4 hatten wir als Ausdruck des Oedems die starken Hornhauttrübungen und zwar nicht nur einseitig, sondern auf beiden Augen, und zweitens waren Hæmorrhagien in der Conjunctiva bulbi vorhanden.

Vor allem ist auffallend, dass bei allen drei Fällen beide Hornhäute mehr oder weniger getrübt waren; es ist somit naheliegend, die Zirkulationsstöhrungen, und nicht allein den direkten Zangendruck auf das Auge, als deren Ursachen anzusprechen.

Bei dem Fall 5 müssen wir annehmen, dass durch den seitlichen Zangendruck der Bulbus aus der Augenhöhle luxirt wurde, wobei es sehr wahrscheinlich zu einer partiellen oder totalen Zerreissung des l. Sehnerven kam.

Eine gleiche oder ähnliche mechanische Quetschung oder Zerreissung der Sehnerven durch die Zangenlöffel, wird auch im Fall 6 die Ursache der Opticusatrophie gewesen sein.

Der Fall 7 würde die Ansicht, dass nach Zangengeburten Drucksteigerungen vielleicht die Ursache der vorübergehenden Hornhauttrübungen abgeben können, stützen; man müsste hier dann annehmen, dass die Drucksteigerung nach der Geburt angedauert habe.

Die Prognose der Hornhauttrübungen ist eine recht gute; auch die Prognose der Netzhautblutungen bei den Neugeborenen scheint eine recht gute zu sein; allerdings wird es bei den Blutungen in der Maculagegend auf die Lage der verschiedenen Netzhautschichten und auf die Ausdehnung der Hæmorrhagien ankommen.

Was nun den *Mechanismus* dieser Augenverletzungen bei verschiedenem Geburtsverlauf anbelangt, so sind wir darüber noch grösstenteils

ı Unklaren. Vor allem ist es interessant, dass nach anscheinend *nor-alen, aber allerdings protrahierten Geburten, die aber ohne Kunsthilfe ·rliefen, ganz verschiedenartige Veränderungen an den Augen aufzu-eten pflegen; so wurden nach solchen Geburten Blutungen in die Lider, 'onjunktiva, Vorderkammer und Netzhaut, oder lange bestehende Horn-ıuttrübungen, ferner schwere Quetschungen des Facialis mit lange be-ehendem Lagophtalmus, ferner Augenmuskellähmungen, ja sogar Ex-ıhtalmus mit vollständiger Herauspressung des Bulbus aus der Orbita, ›obachtet.*

Das Litteraturverzeichnis führt 32 Publikationen auf.

Apotheker Dr. Franz Sidler, Luzern:*

Untersuchungen über die gebräuchlichsten in der Schweiz fabrikmässig hergestellten Milchpräparate — pasteurisierte, sog. sterilisierte und kondensierte Milch — mit besonderer ƚerücksichtigung der chemischen Zusammensetzung des Keimgehaltes, der Gerinnungsfähigkeit und der Verdaulichkeit « in vitro ».

Aus dem Hygiene-Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. O. Wyss.
(Archiv für Hygiene, Bd. XLVII.)

Es handelt sich um eine 83 Seiten starke Abhandlung, die in ihren *Schlusssätzen* hauptsächlich den Geburtshelfer und Kinderarzt interes-ieren dürfte:

I. *Chemische Zusammensetzung.*

1) Sämtliche untersuchten Flaschen- und kondensierten Milchpräpa-ate entsprechen den Anforderungen des schweizerischen Lebensmittel-ıuches.

* Diese Arbeit ist unter Aegide von *Doc. Dr Silberschmid* entstanden und gereicht hm und dem Autor zur Ehre.

Siehe übrigens *diesen Jahrgang* unter: « *Veröffentlichte Originalarbeiten:* » *Doc. Dr Silberschmid*: « Ueber den Einfluss der Ernährung auf die Gerinnung der Kuh-nilch ».

Des weitern unter: « Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich » (dieser Jahrgang): *Doc. Dr Silberschmid:* « Ueber Milch und Milchpräparate » mit anschliessender Diskussion.

2) In allen untersuchten Proben ist, infolge der Erhitzung, der Gehalt der sogenannten « löslichen Eiweissstoffe » auf etwa $^1/_3$, der in der normalen, unerhitzten Milch vorkommenden Menge, herabgesunken. Eine Ausnahme bildet die pasteurisierte, sogenannte « Sanitätsmilch ».

3) Die Backhausmilch, welche als « vollkommenster Muttermilchersatz » in den Handel gebracht wird, entspricht der in den Prospekten angegebenen Zusammensetzung nicht, indem, wahrscheinlich infolge der Sterilisation, das Verhältnis von Kasein zu den gelösten Eiweissstoffen wesentlich geändert ist.

II. *Bakteriengehalt.*

4) In 28 (von 109 untersuchten) Flaschen und Büchsen konnten Bakterien durch Kulturen nachgewiesen werden, trotzdem in den meisten Fällen äusserlich keine Veränderungen an der Milch zu konstatieren waren. Die sogenannte « sterilisierte » Milch des Handels ist in der Schweiz, ähnlich wie in Deutschland, nicht immer keimfrei.

III. *Gerinnungsfähigkeit und Verdaulichkeit.*

5) Die Salzsäurebindungsfähigkeit der Milch ist je nach der Erwärmung und der Provenienz eine verschiedene.

6) Die Gerinnungsfähigkeit der Milch durch Labzusatz erweist sich bei den einzelnen Präparaten verschieden und um so mehr verlangsamt, je stärker die betreffenden Proben erhitzt worden sind.

7) Die Verdaulichkeit « in vitro » ist in den untersuchten Präparaten in allen Fällen ziemlich gleichwertig. Die kondensierten Milchsorten wurden etwas weniger ausgiebig verdaut als die Flaschenmilchpräparate. Die Menge der hinzugefügten Salzsäure spielt bei der künstlichen Verdauung eine ziemlich grosse Rolle. Bei 1 °/₀₀ HCl Zusatz wurde stets mehr verdaut als bei 0.5 °/₀₀ oder 0.25 °/₀₀ HCl.

Doc. Dr. W. Silberschmidt, Zürich:

Ueber den Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmilch.

Aus dem Hygiene-Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. O. Wyss.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift. Nr. 27 und 28, 1903.)

Unter den die Raschheit der Gerinnung beeinflussenden Faktoren wären anzuführen: Die Dauer der Erwärmung und die Höhe der ange-

andten Temperatur. *Je höher die für die Sterilität angewandte Temperatur und je länger die Erwärmung, um so später tritt, unter sonst gleichen Verhältnissen, die Gerinnung ein;* dass auch die ursprüngliche eaktion der Milch bei der Raschheit der Gerinnung eine Rolle spielt, t selbstverständlich.

SILBERSCHMIDT's Untersuchungeu ergaben des Weiteren, dass die Milch urch Erwärmen in ihrer Gerinnungsfähigkeit durch Lab verändert ird, dass die Labgerinnung der Milch um so später eintritt (bei gleich nger Dauer der Erwärmung), je höher die angewandte Temperatur t, dass aber Milch, welche nur ganz kurze Zeit (3-5 Minuten) auf 110° rhitzt worden ist, schneller gerinnt als eine 1 Stunde lang auf 100° eritzte Probe; dass somit *nicht die Temperatur allein ausschlaggebend ist,* ass auch *die Dauer der Erwärmung einen Hauptfaktor* bei dem Einreten der Labgerinnung darstellt.

Gleichzeitig mit der Verlangsamung der Gerinnung kommt es zu iner *Aenderung im Aussehen und in der Consistenz des Gerinnsel. — Bei länger dauernder Einwirkung einer hohen Temperatur (60 Minuten uf 110-120°) kommt es überhaupt nicht mehr zur Gerinnung nach abzusatz.*

Es ist möglich, bei entsprechender Anordnung der Versuche, mit einelnen Portionen einer und derselben Milch, welche verschieden lang nd verschieden hoch erhitzt worden sind, alle Formen der Gerinnung, ach Labzusatz, zu erhalten: dickes, festes Coagulum; grobe, feine und ehr feine Flocken; übrigens trifft *die allgemeine Annahme, dass die Geinnsel der Kuhmilch, im Gegensatz zu derjenigen der Frauenmilch, durch hre grobe, feste Beschaffenheit ausgezeichnet seien, nur für rohe, nicht ber für erwärmte Milch zu.*

Aerztlicherseits wurde bei zahlreichen *Verdauungsversuchen « in vitro »,* ls Verdauungsflüssigkeit *Pepsin und Salzsäure,* in der Regel aber Lab erwendet.

Wie geht nun aber die Milchverdauung speziell im Kindermagen vor ich? Wird die Milch durch Säure oder durch Lab geronnen?

SZYDLOWSKI hat im nüchternen Magen des Säuglings und in allen Verlauungsphasen das Labenzym als constanten Faktor nachweisen können; benso konnte ZWEIFEL beim Neugeborenen Lab konstatiren.

Um festzustellen, ob die Resultate, welche « in vitro » erhalten wurlen, auch bis zu einem gewissen Grade den Verhältnissen im menschichen Magen entsprechen, wurden *Versuche am Menschen* ausgeführt

diese beweisen, dass zwischen den einzelnen untersuchten Milchproben *ei deutlicher Unterschied in der Gerinnung im Magen* nachgewiesen werd konnte und dass das Verhalten einer und derselben Milch, je nach de Erhitzung, ein verschiedenes ist.

Leo hat darauf aufmerksam gemacht, dass im Säuglingsmagen di Salzsäure von der Milch gebunden wird; des weiteren haben zahlreich Forscher den Beweis erbracht, dass *die Frauenmilch ein bedeutend geringeres Salzsäurebindungsvermögen aufweist, als alle andern Milcharten* und dass bei Brustkindern die freie Salzsäure in *grösserer Menge und frühzeitiger* nach der Nahrungsaufnahme auftrete, als bei künstlich genährten Kindern.

Silberschmidt nimmt auf Grund der bis jetzt erhobenen Befunde nu an, *dass die Menge der gebundenen Salzsäure um so grösser ist, je länger und je höher die Milch erhitzt wurde**.

Der Nachteil des Genusses der zu lange und zu stark erhitzten Milch scheint darin zu liegen, dass die *Magensekretion*, bezw. *die Säurebildung* in erhöhtem Grade in Anspruch genommen wird.

Diese monatelang dauernden, erhöhten Anforderungen an die Magentätigkeit, namentlich die grössere Säurebildung, können vermutlich beim Säugling zu Störungen führen.

Silberschmidt gibt zum Schluss auf Grund der persönlichen Erfahrungen und unter Berücksichtigung der Befunde anderer Autoren *einige praktische Schlussfolgerungen:*

Einstweilen wird wohl nur ausnahmsweise die rohe Kuhmilch als Säuglingsernährung empfohlen werden können.

Die zu lange gekochte oder zu hoch erhitzte Kuhmilch büsst ihre Gerinnungsfähigkeit (nach Labzusatz) völlig ein.

Wenn auf der einen Seite die rohe Milch zu rasch und zu grobflockig gerinnt, wenn sie erhöhte (mechanische) Anforderungen an die Magenmuskulatur stellt und der Einwirkung der Verdauungssäfte weniger zugänglich ist, so muss auch hervorgehoben werden, dass die zu lange gekochte Milch schwerer gerinnt und die chemischen Leistungen des Magens in erhöhtem Maasse in Anspruch nimmt.

Ist die pasteurisierte, die direkt gekochte oder die nach Soxhlet zubereitete Milch vorzuziehen?

* Siehe diesen Jahrgang unter « *Veröffentlichte Originalarbeiten* »: « *Dr Franz Sidler:* Untersuchungen über etc. », III. Kapitel: Gerinnungsfähigkeit und Verdaulichkeit (der Milch).

Darüber kann nur eine längere Erfahrung und nicht der Laboratoiumsversuch entscheiden.

Silberschmidt zieht das kurz dauernde Kochen, bezw. das Erwärmen n Soxhlet'schen Apparat dem Pasteurisiren vor. (Die Gründe dieses 'erhaltens werden angeführt.)

Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Die Anwendung der Gelatine zur Verhütung postoperativer Hæmatome*.

(Korrespondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 12, pag. 401, 1903.)

Die Gelatine beeinflusst, sowohl in subkutaner Anwendung, wie in loaler Applikation, die Beschleunigung der Blutgerinnung in günstigem inne.

Bei Wunden, die vor dem Schluss mit Gelatine behandelt worden waen, hat Tavel *in keinem Fall ein Hæmatom entstehen sehen, während in 'er gleichen Periode andere nicht gelatinisierte Wunden hie und da Hæatome zeigten.*

Die *Anwendung* geschieht folgenderweise:

Nachdem der Hauptakt der Operation vorüber ist (z. B. Exstirpation ines Tumors nach Laparotomie), wird die Bauchhöhle mit Salz-Sodaösung irrigiert, dann wird das Peritoneum mit einer fortlaufenden Catutnaht vernäht und die Wunde mit einer Tube Gelatine (10—50 cm³) ropfenweise berieselt. (Es empfiehlt sich, dazu die Tube in warmer Sulimatlösung flüssig zu halten und das Capillarende erst vor dem Gerauch abzubrechen.)

Es wird dann unter zeitweisem Aufträufeln von Gelatine die Naht der 'ascie resp. der Muskeln und der Haut vorgenommen.

Bei nicht drainierten Wunden (Appendicitis, Hernien, Wunden der inea alba) pflegt Tavel etwas Gelatine zurückzulassen; bei drainierten

* Siehe *Gynæcologia Helv. 1,* pag. 18: *Dr Bourcart*: « Ueber intrauterine Injekonen mit dem gelatinösen Serum von Lancereaux » und

Dieser Jahrgang, « Originalarbeiten »: *Dr Oswald:* « Zur Gelatinebehandlung bei *Melaena neonatorum.* »

Speziell für den Gynaecologen wird event. die « Gelatine-Berieselung » bei dem *Pfannenstiel'schen* suprasymphysären Fascienquerschnitt in Frage kommen.



Wunden fliesst selbstverständlich die meiste Gelatine wieder herau (Mammaexcision etc.)

Die Gelatine darf natürlich nur dann therapeutisch verwendet wer den, wenn sie punkto Bereitung und Aufbewahrung aus ganz zuverlä siger Quelle stammt. (Tetanus!)

Es darf nur die beste Qualität zur Verwendung kommen und ferne müssen bei der Sterilisierung der Gelatine bakteriologische Versuch durch Kulturen und Tierexperimente gemacht werden; erst dann, wen die Proben günstig ausgefallen sind, darf die Gelatine zur weiteren Ver arbeitung: definitive Sterilisation, Abfüllung etc., gebracht werden.

Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Cystische Entartung der Sinus Hermann und Genese der Analfisteln

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, LXII Bd.)

Zweck der vorliegenden Arbeit ist es, die Aerzte auf eine Krankhe aufmerksam zu machen, die bis jetzt in die Kategorie der Fisteln un der periproctitischen Abscesse eingereiht worden ist.

Zur richtigen Auffassung der dieser Publikation zu Grunde liegende Beobachtung gibt Tavel zuerst einen kleinen *Ueberblick über die top graphisch-anatomischen Verhältnisse des Anus:*

Der Anfang des Rectums beginnt in der Höhe des obern Teils des 3te Sacralwirbels; es zerfällt in die *Pars pelvina* und in die *Pars perineal* diese letztere teilt Waldeyer in 3 Abschnitte:

1) Die *Zona columnaris* entspricht den *Morgagni'schen Säulen*; s wird nach unten durch die *Linea ano-rectalis Hermann* begrenzt, di ganz scharf das cylindrisch-einschichtige Epithel der Zona columnar von dem geschichteten Epithel der 2) *Zona intermedia* scheidet. Die letztere ist stets sehr schmal und erstreckt sich von der Linea ano-re talis bis zur *Linea ano-cutanea.* Diese Zone ist charakterisiert durch ein ganz bestimmte, spezifische Epithelbedeckung und durch ihre Krypte und Vertiefungen oder Sinus. 3) Die *Zona cutanea* erstreckt sich vo der Uebergangszone bis zur äusseren Haut. Man kann mit Herman und Waldeyer als äussere Grenze dieses Ringes einen Kranz von star entwickelten Schweissdrüsen annehmen (Circumanaldrüsen von Gay).

Der Pars perinealis entspricht eine sehr starke Verdickung der Ring-
asern der Darmmuskulatur: der *Sphincter internus*. Die Längsfasern der
armmuskulatur erstrecken sich ebensoweit (bis zur Haut). Sie trennen
en Sphincter internus vom Sphincter externus, der einen Ring von
uergestreifter Muskulatur darstellt. Der Sphincter ext. liegt parallel
em Sphincter int. und krümmt sich am untern Rand nach innen, um
wischen Sphinct. int. und Haut sich einzuschieben.

Von der Spitze des Coccyx bis zum Sphinct. int. befindet sich in der
fedianlinie das Lig. ano-coccygeum, in einer Länge von ungefähr 3 cm,
nit den hintersten Insertionen des Levator ani. Oberhalb dieses Lig.,
wischen Rectum und Os sacrum, trifft man eine Fettschicht, in der sich
ie uns interessierende Cyste entwickelt hat: die « *Loge retro-rectale* »
on Quenu und Hartmann.

Histologie.

Die histologische Struktur des obern Teiles der Pars perinealis recti
nterscheidet sich nicht von derjenigen des übrigen Dickdarmes; da-
egen interessieren uns ganz besonders die Nebenorgane der Anal-
chleimhaut als: *a)* Erratische Drüsen des Rectums; *b)* Isolierte Becher-
ellen; *c)* Acinöse Drüsen; *d)* Sinus oder Schleimhautkrypten; *e)* Soli-
ärfollikel; *f)* Talgdrüsen und *g)* Circumanaldrüsen.

Cysten und Divertikel der Analgegend.

Terrier teilt zweckmässig die pathologischen Zustände in zwei Grup-
pen:

1) in Divertikel, die aus normalen, anatomischen Verhältnissen resul-
tieren (Divertikel durch Erweiterung der Sinus Morgagni und Diver-
tikel durch Erweiterung der *Sinus Hermann*) und

2) in Divertikel, die aus abnormen, anatomischen Verhältnissen resul-
tieren.

In dieser Gruppe, die eine Folge pathologischer Zustände ist, unter-
scheidet Terrier folgende zwei Abteilungen:

a) Zustände, die durch Entzündung und Ulceration der Wand ent-
stehen (Dysenterie, Tuberkulose, Syphilis u. s. w.) und

b) Zustände, die durch Bruchbildung (in der muskulösen Wand des
Darmes) hervorgerufen werden.

Persönliche Beobachtung.

28-jähriges Fräulein, klagt über Schmerzen im Rectum; Anwesenheit von Eite im Stuhl und um den After herum. (17 IV, 1899.) Beim Auseinanderziehen der Analöffnung sieht man an der linken Wand, ungefähr in der Höhe des obern Rande des Sphincter ext., eine kleine Fistel, die bei Druck etwas Eiter entleert. Eine Sond dringt 4 cm. nach oben und hinten ein.

Die Digitaluntersuchung stellt das Vorhandensein einer ziemlich starken Infiltration der vorderen Wand des Rectums fest und « per vaginam » scheint es, dass diese Resistenz einige erweichte Stellen enthält.

Diagnose: Periproctitis.

Therapie: Warme Sitzbäder, Kamillentee-Einläufe.

19. IV. Eine grosse Quantität Eiter « per anum »; noch immer Schmerzen beim Sitzen; Infiltration der vordern Wand verschwunden.

12. II. 1900; seit 4 Wochen wieder Schmerzen; bei der Rectaluntersuchung fühlt man, mit dem Sacrum unverschieblich, eine halbkugelförmige, fluctuierende, auf Druck sehr empfindliche Geschwulst.

27. II. 1900. Eine Sonde dringt durch eine Fistel der Margo ani bis auf das in einer gewissen Ausdehnung entblösste Os sacrum.

Diagnose: Ostitis sacri; wahrscheinlich tuberkulöser Natur.

Therapie. 7. III. 1900. Resection des Coccyx, wie zur Exstirpation des Carcinoma recti: man dringt in eine mit glatten Wandungen ausgestattete Höhle. Es bleibt eine Fistel zurück.

Januar 1901. Es bildet sich eine zweite Fistel zwischen Anus und Sacrum und im April eine dritte Fistel.

Therapie. 24. IV. 1901. Die Fisteln werden mittelst einer langen Incision vereinigt; man kommt in eine Höhle, die sich vom Sphincter ext. bis zum Sacrum erstreckt und das Rectum von beiden Seiten und von hinten umschliesst. Die Höhle wird austamponiert und breit offen gelassen. Obgleich die Wände der Höhle mit schönen Granulationen bedeckt sind, sieht man bei jedem Verbandwechsel etwas Eiter aus dem Winkel zwischen Rectum und Sphincter ext. austreten.

Therapie. 9. V. 1901. Mit dem Thermocauter spaltet *Tavel* in der Medianlinie das Gewebedreieck, das zwischen der hinteren Rectalwand, der Wunde und der Haut zurückgeblieben ist. Bei diesem Anlass wird konstatiert. dass zwischen Sphincter int. und ext. eine Höhle mit glatten, rosigen Wandungen vorhanden ist. Die Wand dieser Höhle lässt sich teilweise wegziehen, der Rest wird thermocauterisiert; im Sphincter int., um die Rectalwand herum, eine Serie von Cysten, die nacheinander eröffnet werden; die einen enthalten einen grünlichen, sehr flüssigen Eiter, die andern eine opalescierende, milchige Flüssigkeit und wieder andere endlich weisen eine klare sehr dünnflüssige aber etwas schleimige Flüssigkeit auf. Die labyrinthförmigen Höhlen werden eröffnet, die Wände derselben, die zu ampullenförmigen Erweiterungen führen, exstirpiert oder mit dem Thermocauter zerstört. Man stösst immer wieder auf neue Cysten, von welchen die einen 8—10 cm oberhalb der Analöffnung speziell an der hinteren Wand des Rectums entlang, sich heraufziehen, während die andern, um das hintere Segment der Pars perinealis ext. gruppiert, sich in den Muskel erstrecken oder ganz nahe bis an die Haut herabreichen. Die Wunde wird tamponiert und breit offen gelassen.

26. VIII. 1901. Vollständige Heilung.

Bakteriologische Untersuchung. Der Eiter von der ersten Operation enthält Staphylokokken, Darmdiplostreptokokken und Colibacillen (keine Tuberkulose). Der bei der dritten Operation aus den Cysten aufgefangene Eiter, sowie die milchige Flüssigkeit, wurden als steril befunden.

Histologische Untersuchung. (Prof. Langhans und Prof. Howald). Die untersuchten Cysten haben weder die Struktur der erratischen Drüsen des Beckens, noch der Solitärfollikel, noch derTalgdrüsen, noch der Circumanaldrüsen. Es kann sich ferner auch nicht um eine Dermoidcyste handeln; es besteht *eine pathologische Erweiterung und Ektopie der acinösen Drüsen und der Schleimhautsinus, wie sie von* Herrmann *und* Badenhamer *beschrieben worden sind.* Zum Schlusse machen *Langhans* und *Howald* noch darauf aufmerksam, dass die Epithelverhältnisse in der Analgegend grosse Aehnlichkeit haben mit denjenigen in der Gegend des äusseren Muttermundes, welche genauer von v. Mandach in seiner im pathologischen Institute in Bern gemachten Arbeit beschrieben worden sind.

Tavel gibt zum Schlusse eine epikritische Besprechung des vorliegenden Falles. Es werden 24 Abbildungen beigegeben; davon entstammen 11 aus der Arbeit von Hermann (Sur la structure et le développement de la muqueuse anale, thèse de Paris 1880, et Journal de l'Anatomie et de la Physiologie 1880) und die übrigen von *Prof. Zimmermann, Prof. Howald und Prof. Tavel selbst.*

Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Die Resektion des Nervus pudendus internus bei Vaginismus und Pruritus vulvæ.

La résection du nerf honteux interne dans le vaginisme et le prurit de la vulve.

(Revue de Chirurgie, Tome XXV, Febr. Felix Alcan, Editeur, Paris.)

Der Vaginismus und der Pruritus vulvæ kommen nicht selten bei derselben Person zur Beobachtung und trotzen oft jeder Behandlung, interner wie chirurgischer.

Es scheint, dass Simpson als Erster im Jahre 1861 den Nervus pudendus internus wegen Vaginismus durchschnitten hat. Tavel selbst führte

wegen Vaginismus und Pruritus vulvæ zweimal die Resektion der in Frage kommenden Nerven aus (1896 und 1897). Bei der Durchsicht der diesbezüglichen Litteratur fand er weiter einen Fall, in dem Albertin wegen *Cystalgie* die Resektion des N. p. int. nach der von Rochet angegebenen Methode mit günstigem Resultat ausgeführt hatte. Rochet selbst publizierte zwei hiehergehörige Fälle: « Sur la résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines affections de l'urèthre et du périnée. » In einer Mitteilung vor der urologischen Gesellschaft in Paris (1899) teilt er eine weitere, persönliche Beobachtung mit: « *Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines uréthro-cystites douloureuses chroniques* ». Inzwischen hatte auch Rafin dieselbe Operation zweimal ausgeführt und Rochet (nach brieflicher Mitteilung) ebenfalls noch zweimal.

Der Vaginismus wurde also, mit Ausnahme des Simpson'schen Falles, nie durch Resektion des N. p. int. zur Heilung gebracht.

Da bezüglich des N. pud. int. entweder confuse oder doch nur ungenügende Beschreibungen vorlagen, so hat sich Prof. Strasser, auf Ansuchen von Prof. Tavel, bereit gefunden, eingehendere Studien darüber zu unternehmen.

Strasser gibt zuerst ein klar geschriebenes Kapitel über « Allgemeine Topographie », dann folgen weitere Kapitel über den Verlauf des Nervus pudendus internus, über die von diesem Nerv innervierten Gewebspartien, über den Zusammenhang des Nerv. pud. int. mit der Arterie und über die Verzweigungen des Nervus pud. int.

Die anatomische Beschreibung des N. pud. int., wie sie von Strasser gegeben worden ist, zeigt eine grosse Variabilität dieses Nerven.

Es soll hier nur die tabellarische Zusammenstellung der Verzweigungen des fragl. Nerven wiedergegeben werden:

Verzweigungen des Nervus pudendus internus (nach Prof. Strasser.)

Normale Inervation.		Wichtige Anomalien
Nervus hæmorrhoid. inferior.	Hintere Partie des Sphincter ani. Haut des hinteren Abschnittes der Peri-analgegend.	Nervus haemorrhoid. inferior.
Nervus perinealis superficialis.	Haut des vorderen Abschnittes der Peri-analgegend. Haut des Perineums. Haut des hinteren Bezirkes { der grossen Schamlippen. / des Scrotums.	Nervus perinealis superfic.

Normale Inervation.		Wichtige Anomalien.
Nervus perinealis profundus.	Vordere Hälfte des Sphincter ani.	Nervus perinealis profundus.
	Musculus transversus perineal. superficial.	
	Musc. ischio-cavernosus.	
	Musc. bulbo-cavernosus. Constrictor cuni.	
	Hinterer Abschnitt des Musc. transversus profundus.	
	Hinterer Abschnitt der kleinen Schamlippen.	
	Vulva (Hymen) hinterer Abschnitt.	
	Vaginalschleimhaut.	Nervus dorsal.
	Urethralschleimhaut.	
	Quergestreifte Muskulatur der Vagina.	
	Quergestreifte Muskulatur der Harnröhre.	
	Vorderer Abschnitt des Musc. transversus profundus.	
	Vorderer Abschnitt der kleinen Schamlippen.	
	Vulva (hymen) vorderer Abschnitt.	
Nervus dorsalis penis et clitoris.	Corpora cavernosa penis et clitoris.	
	Glaus penis et clitoris.	
	Haut des Penis und der Clitoris.	
	Præpucium penis et clitoris.	

Tavel gibt des weitern detailliert die Krankengeschichten von zwei persönlichen Beobachtungen:

1. Beobachtung. Frau von 48 Jahren, leidet seit langer Zeit an *Pruritus vulvæ* und *Vaginismus:* obwohl zweimal verheiratet, ist sie « virgo intacta ». Bei jedem Versuch, den untersuchenden Finger in die Vagina einzuführen, verspürt Patientin sehr schmerzhafte Contractionen. Hyperæsthesien. Sämtliche Behandlungsmethoden haben fehlgeschlagen.

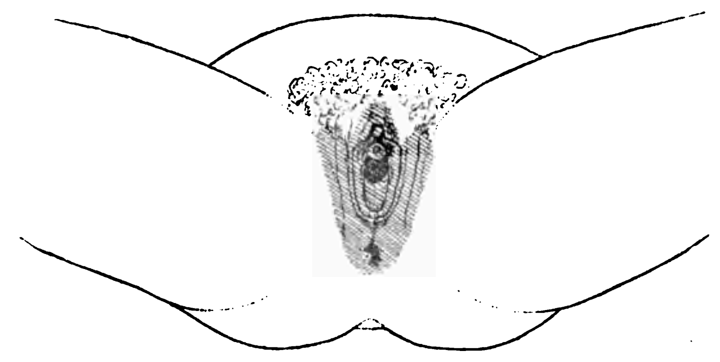


Fig. 12. Hyperæsthetische Zone vor der Operation.

Resection der beiden nervi pudendi interni und möglichst vollständige Exstirpation nach dem Verfahren von *Thiersch*. (Fassen des Nervenstammes mit einer Klemme und Aufwinden der Nerven auf diese.)

Patientin ist geheilt; indessen war unglücklicherweise der linke Analzweig durchtrennt worden, so dass Patientin etwas Mühe hatte, diarrhoische Stühle zurück zu halten. Die Durchtrennung dieses Analzweiges sollte in Zukunft vermieden werden.

2. *Beobachtung.* 28-jährige Frau, 9 Jahre verheiratet, ohne Kinder; 3 Monate nach der Verheiratung Abortus, seit dieser Zeit *Schmerzen und Brennen in der Gegend der Vulva und beim Wasserlassen.* Am 18. Januar 1897 Laparotomie wegen rechtsseitiger Parovarialcyste. Jede Behandlung aber gegen die Schmerzen und das Brennen in den äussern Genitalien schlug fehl; ebenso bestanden häufig Schmerzen beim Coitus:

Resection der beiden Nervi pud. int.; nach der Operation waren die Schmerzen verschwunden, bis zu dem Moment, wo Patientin allein urinierte. Bei der Untersuchung fand man hinter dem Frenulum und den Carunculae ein hyperæmischer Blindsack; in Aether-Narkose wird das Frenulum der Länge nach incidiert und die Längswunde quer vernäht; Exstirpation der Carunculæ. (Operation von Pozzi.) 27. Dez. 1897.

Im Monat April 1898 klagt Patientin noch über Schmerzen, über Brennen etc. in der Vulva; im ganzen fühlt sie sich aber doch viel besser. Im Nov. 1898 gibt die Patientin an, dass die Vaginalschmerzen verschwunden seien, der Coitus aber unangenehm empfunden werde, ohne indess Schmerzen zu verursachen.



Fig. 13. Analgetische Zone nach der Operation.

Am 13. Juni 1899 klagt Patientin über Koliken und Diarrhoen. Bei der Untersuchung zeigt es sich, dass man die Gegend, die auf Fig. 13 schraffiert ist, überall berühren und drücken kann, ohne Schmerzen zu verursachen. Patientin kann in dieser Gegend den Nadelknopf von der Nadelspitze nicht unterscheiden. Die Heilung hat angehalten.

Diese Beobachtung zeigt, dass man sehr leicht den Analzweig schonen kann, dass man aber im vorliegenden Falle besser gehandelt hätte, wenn man den Clitoriszweig durchtrennt hätte.

Operationstechnik.

Als allgemeine Regel muss anerkannt werden, die beiden Analzweige les Nerv. pud. int. zu erhalten.

Aufsuchen des Nervus pudendus internus. Die Sagital-Incision verläuft in der Mitte zwischen der Tuberositas ossis ischii und dem Anus ınd wird durch die Linea interischiatica (die durch den Anus geht) in zwei gleiche Teile getrennt.

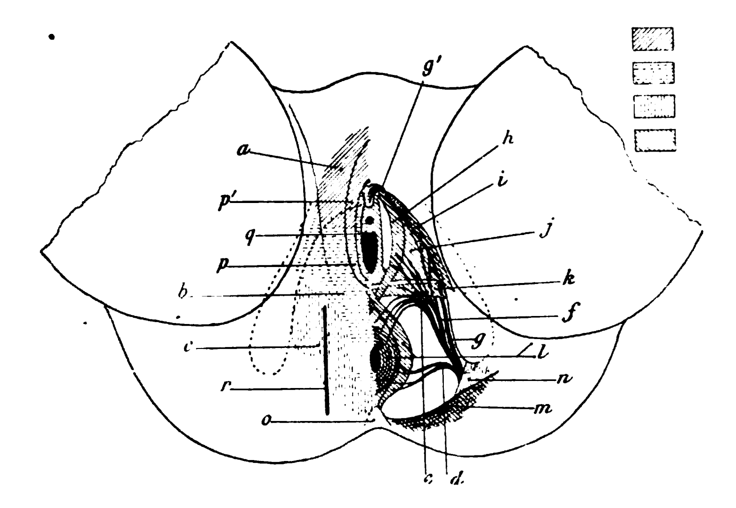


Fig. 14. Diese Skizze zeigt linkerseits die Inervation der 3 Haut-Zonen der Genito-nal-Gegend, sowie die Verlaufsrichtung der *Tavel'schen* Incision zwischen der Analeffnung und dem (punktierten) os ischii. Auf der rechten Seite sieht man in schematischer Weise dargestellt die Lage der hauptsächlich in Betracht kommenden Iuskeln, sowie den Verlauf des Nervus pudendus internus, dessen oberflächliche, peineale Aeste der Uebersichtlichkeit halber weggelassen worden sind.

Ganz besonders wichtig ist der nach rückwärts gehende Verlauf des Anal-Zweiges es tiefen perinealen Astes.

a) Vordere Hautzone der Genito-Anal-Gegend, die von den Genital-Zweigen des lexus lumbalis inerviert wird; b) Mittlere Hautzone, inerviert durch den oberflächchen perinealen Ast des Nervus pud. int.; c) Hintere Hautzone, inerviert durch den erinealen Ast des kleinen Nervus ischiadicus; d) Nervus hæmorrhoid. inferior. (puendus internus); e) Analzweige des tiefen Perineal-Astes (pudendus internus);) Muskel-Zweige; g) Nervus clitoris und seine Endverzweigungen (pud. int.);) Musculus bulbo-cavernosus; i) Muscul. ischio-cavernosus; j) Musc. transversus rofundus; k) Musc. transvers. superficialis; l) Musc. sphinct. extern.; m) Musc. lutæus maximus; n) Ligament. magnum sacro-ischiadic.; o) Os coccygis; p) Hinere und vordere Abschnitte der grossen Schamlippen; q) kleine Schamlippen;) Hautincision zur Resektion des Nervus pudentus internus.

Die Länge der Incision hängt von dem Ernährungszustande der Patientin ab (mager oder fett); unter allen Umständen soll sie 8—10 cm betragen, damit man die Verzweigungen eingehend prüfen kann, bevor man sie durchschneidet; man dringt nach der inneren Fläche des os ischii vor, hält sich an die Fascie, die den Musc. obturatorius internus überzieht (man fühlt hier deutlich die Arteria pudenda unter dem eingeführten Finger), nun eröffnet man die fascia interna des ALCOCK'schen Kanales und isoliert die Nerven von der begleitenden Arterie und Veine.

Bestimmung der verschiedenen Aeste. Der Anal-Zweig des Perineal-Astes, der oft mit den Perineal-Aesten bis zum Musc. transversus superficialis verläuft, um dann «ganze Wendung» nach hinten zu machen, muss geschont werden. Die verschiedenen zu Gesicht kommenden Aeste sind motorischer und sensitiver Natur; um ihre wahre, motorische Natur zu erkennen, wird man die Nervenzweige reizen, indem man sie mit einem stumpfen Instrument auf eine KOCHER'sche Kropfsonde gleitet und elektrisch reizt; der vordere Analast wird nicht weiter belästigt, dagegen werden die Zweige durchschnitten, die in die Muskeln ziehen, die bei den schmerzhaften Kontraktionen beteiligt sind. Indem man am entsprechenden Nervenstamm zieht, sieht man an der von ihm versorgten Hautpartie eine kleine Vertiefung und kann so auf einfache Art und Weise bestimmen, ob man es mit dem labialen, mit dem vestibulären oder dem oberflächlichen, perinealen Aste zu tun hat. Je nach der Ausdehnung der Hyperæsthesie wird man die einen oder andern Nervengebiete durchschneiden oder ausreissen; auch ist es von Vorteil, den Nervus Clitoris auszurotten.

Resektion der nervösen Aeste. Zur Bekämpfung des *Harnröhrenspasmus* hat ROCHET vorgeschlagen, den Nerv auf eine Länge von 1 ½—2 cm zu resezieren; es ist jedoch vorteilhafter, das *Thier'sche Verfahren* der Ausreissung in Anwendung zu bringen; nachdem man den betreffenden Nerv so weit wie möglich nach hinten durchschnitten hat, wird der periphere Stumpf mit einem KOCHER'schen Schieber gefasst und im gleichen Sinne auf letzteren aufgewickelt; so wird der Nerv bis zu seinem Endabschnitte befreit.

Post-operative Behandlung. Keine Drainage.

Doc. Dr. Max Walthard, Bern.

Zur Aetiologie der Ovarialadenome

Aus dem pathologischen Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Langhans.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band XLIX. Heft 2.)
(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1903.)

Walthard hat sich der grossen Aufgabe unterzogen, 80 Ovarien aus len verschiedensten Lebensaltern in Serienschnitte zu zerlegen, um der 'rage näher zu treten, ob sich die normalen epithelialen Bestandtheile les Ovarium, das Ovarialepithel, das Follikelepithel und das Epithel ler Markstränge an der Bildung von Drüsenschläuchen und Adenomen nit einfachem Cylinderepithel, mit Flimmerepithel und mit Becherzellen eteiligen. Einige weitere Beobachtungen streifen das Gebiet der Frage iber die Natur der *Membrana granulosa.*

Die Durchführung der mikroskopischen Untersuchung ist eine meiterhafte, 26 ausgezeichnete, mikroskopische Abbildungen auf XV Tafeln nachen die Lektüre zur einer sehr interessanten. Die Arbeit ist auch als eparatabdruck erschienen.

Zusammenfassung.

1. Das Schicksal der in soliden Heerden im Ovarium Neugeborner ichtbaren Vorstufen von Follikelepithelien (Granulosazellheerde) ist as nämliche, wie das Schicksal einer grossen Zahl von Primordialollikeln, d. h. an diesen Heerden sind Phasen der weiteren Entwickeıng und Phasen der Rückbildung zu beobachten, wobei die Vernderungen der Epithelien und des die Heerde begrenzenden Ovarialtromas die gleichen sind, wie bei der Atresie eines wachsenden 'ollikels.

2. Die Vorstufen der Follikelepithelien finden sich, wenn auch selener als in Heerdform, auch in drüsenschlauchförmiger Anordnung, obei jede Stelle des Schlauches auf dem Querschnitt ein rundliches umen zeigt, welches durch die in einer Reihe liegenden Epithelien egrenzt wird.

Das Schicksal dieser Schläuche ist ein verschiedenes:

a) Stehen die Schläuche in Verbindung mit dem Follikelepithel eines Primärfollikels, so theilen sie das Schicksal des Epithels dieses Follikels, d. h. sie ruhen so lange der Follikel ruht, und zwar bis über die Pubertätszeit hinaus; wächst der Follikel, so gehen kurze Schläuche in die mehrschichtige Membrana granulosa über, während längere Schlauchanhängsel nicht immer vollständig in der Membrana granulosa verschwinden. Atresirt der Follikel, so können am Schlauchepithel, wie an dem den Schlauch umgebenden Stroma, die nämlichen Veränderungen beobachtet werden wie am Follikelepithel und an dem den Follikel umgebenden Stroma, und es verschwindet der Schlauch zu gleicher Zeit wie der Follikel, mit dem er in Verbindung steht.

Es liegt demnach kein Grund vor, an der bisher geltenden Ansicht von der epithelialen Natur der Membrana granulosa zu zweifeln.

b) Schläuche ohne Verbindung mit Primärfollikel bleiben oft bis nach der Pubertätszeit bestehen oder bilden kleine Retentionscystchen mit abgeplattetem Epithel, umgeben vom normalen Stroma des Ovariums.

3. Zwischen den Oberflächenepithelien und im Stroma liegen, ohne Zusammenhang mit dem Follikelepithel oder den Epoophorenresten, im Hilus ovarii kleine Gruppen von 5—6 Epithelien, welche ich als Vorstufen von Oberflächenepithelien ansehe. Aus diesen Gruppen können sich zu jeder Zeit des extrauterinen Lebens Drüsensschläuche in die Tiefe entwickeln, oder sie bilden im Stroma adenomatöse Wucherungen, aus welchen wiederum Schläuche und kleine Cystchen entstehen, deren Epithel dem Oberflächenepithel durchaus ähnlich ist, während die Epithelien der jüngsten Schlauchsprossungen in den adenomatösen Wucherungen gleiche Form, Grösse und färberische Eigenschaften zeigen, wie die Epithelien der Schlauchanfänge im Oberflächenepithel.

Das diese Schläuche und Cysten umgebende Stroma ist das nämliche wie an anderen Stellen des Ovariums.

Treten an verschiedenen Stellen des Ovariums Dilatationen der Drüsenschläuche auf, so bekommt das Ovarium auf dem Querschnitt das Aussehen der kleincystischen Degeneration.

4. Im Oberflächenepithel wie im Stroma finden sich kleine Pflasterepithelheerde, in deren Centrum Höhlenbildung beobachtet werden kann. Dadurch entstehen kleine Cystchen, welche mit ein- bis mehrschichtigem

bgeplattetem Epithel begrenzt sind. Das diese Pflasterepithelheerde mgebende Stroma unterscheidet sicht nicht vom Stroma an anderen tellen des Ovariums.

Gleicherzeit finden sich die nämlichen Bildungen an der Tubenserosa nd am hinteren Blatt des Lig. latum.

5. Im Oberflächenepithel finden sich gelegentlich Flimmerepithelin-eln, ohne dass ein Uebergang der Flimmerepithelien zu den Ober-ächenepithelien nachgewiesen werden könnte. Von diesen Flimmerepi-helinseln dringen Drüsenschläuche mit Flimmerepithelien in die Tiefe. m Stroma liegen, ohne Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel und hne Zusammenhang mit dem Follikelepithel und auch ohne Zusam-enhang mit den Epoophorenresten, im Hilus ovarii solide Heerde on Vorstufen der Flimmerepithelien in Form von compacten, cubi-chen Zellen, mit dunklem, runden bis leicht ovalem Kern. In die-en Heerden treten spaltförmige Lumina auf und es entwickeln sich us ihnen Drüsenschläuche, deren Epithel bei einer gewissen Lumen-eite Flimmerhaare bekommt. Durch Dilatation der Schläuche entstehen leine Cystchen.

Je nach dem Stroma, welches diese Schläuche und Cystchen mgiebt, können zwei Typen von Drüsenschläuchen unterschieden erden.

a) Sind die Schläuche und Cystchen vom normalen Ovarialstroma mgeben, so sieht man schon am Epithel kleiner Cystchen Degenera-ionserscheinungen auftreten und das die epithellose Höhle begrenzende troma zeigt die nämlichen Veränderungen, wie bei der Follikelatresie, odurch an Stelle der Höhle schliesslich eine concentrisch geschich-ete Kalkkugel oder ein dem Corpus albicans durchaus ähnliches iebilde entsteht.

b) An anderen Orten zeigen die Flimmerepithelschläuche eine vom)varialstroma durch ihren Kernreichthum deutlich verschiedene Wand.)iese Drüsenschläuche zeigen entgegen den sub a. beschriebenen Schläu-hen keine Zeichen der Rückbildung, sondern vielmehr Neigung zu 'roliferation nach glandulärem oder papillärem Typus.

6. Im Oberflächenepithel finden sich gelegentlich kleine Inseln, be-tehend aus mehrschichtigem, cubischem Epithel oder Bläschen, deren umen von Cylinderepithelien mit basalständigem Kern begrenzt wird. wischen den cubischen Epithelien von wechselnder Grösse in ein und

demselben Heerde, sowie zwischen den Cylinderepithelien der Bläschen finden sich vereinzelte Zellen mit hellglänzendem Protoplasma, welche Becherzellen durchaus ähnlich sehen. Von diesen Heerden und Bläschen dringen mehr weniger breite Zellstränge in die Tiefe, welche sich canalisiren und zu Schläuchen umwandeln, zwischen deren cubischen bis cylindrischen Epithelien ebenfalls vereinzelte Becherzellen liegen.

Ausserdem liegen im Stroma, ohne Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel und ohne Zusammenhang mit dem Follikelepithel oder den Epithelien der Urnierenreste, im Hilus ovarii solide Zellnester, welche Veränderungen der Umbildung bis zum Drüsenschlauch und zur kleinen Cyste zeigen.

Im Ruhestadium enthalten die Zellheerde längliche, polyedrische Zellen mit ovalem, an beiden Enden leicht zugespitztem Kern. Mit dem Beginn der Umbildung treten in diesen Heerden und zwar im Centrum zunächst unverhältnissmässig grosse Zellen von compacter Form mit reichlich Protoplasma und grossem, bläschenförmigem, hellem Kern auf. Zwischen diesen Zellen und den Zellen im Ruhestadium sind alle Uebergänge zu sehen. Durch Zunahme der grossen Zellen werden die übrig bleibenden kleinen Zellen allmälig gegen die Peripherie verdrängt.

In grösseren Heerden mit diesen grossen, compacten, protoplasmareichen Zellen treten alsdann an verschiedenen Stellen scharfrändige Höhlen auf und das die Höhlen begrenzende Epithel nimmt hochcylindrische Gestalt an, wobei sich der bläschenförmige Kern gegen die Basis der Zelle verschiebt.

In grösseren Zellcomplexen entstehen durch Confluenz der Lumina Canäle und das mehrschichtige, cubische Epithel verschwindet bis auf eine einzige das Lumen begrenzende Reihe. Dabei erreicht das Epithel hohe Cylindergestalt; die Grenzlinien zeigen Ausbuchtungen und gegen das Lumen hin verschwindet die scharfe Grenzlinie überhaupt. Die Kerne liegen dicht an der Basis, das Protoplasma wird hell und von der Fläche gesehen erscheinen die Epithelien als Mosaik heller, polyedrischer Zellen mit scharfen Grenzlinien. Durch Zunahme des hellglänzenden Inhaltes werden einzelne Zellen den Becherzellen durchaus ähnlich.

Je nach der Art des Stromas, welches diese Schläuche umgiebt, können wie bei den Flimmerepithelschläuchen zwei Typen unterschieden werden.

a) Sind die Heerde, Schläuche und Cystchen von normalem Stroma ngeben, so sieht man am Epithel der Heerde, Schläuche und Cystchen, ränderungen der Rückbildung auftreten. Die Epithelien verschwinn und das die Höhle begrenzende Stroma zeigt die gleichen ränderungen wie bei der Follikelatresie, wodurch an Stelle der hle ein dem Corpus albicans durchaus ähnliches Gebilde entsteht. lkkugeln dagegen habe ich bei diesen Schläuchen keine entstehen sehen.

b) An anderen Orten zeigen diese Zellschläuche, mit Vorstufen von cherzellen, eine vom Ovarialstroma deutlich unterscheidbare, kernche Wand. Diese Schläuche zeigen entgegen den sub. a. beschriebenen hläuchen keine Zeichen der Rückbildung, sondern Neigung zu Proliation nach dem glandulären Typus. Das Epithel wird durch die reichhe Zunahme des hellglänzenden Inhaltes den Becherzellen durchaus nlich und durch die Secretion der Epithelien dilatiren sich die hläuche bald zu Cystchen, in welchen das Epithel die Form der ausgedeten Becherzelle annimmt.

7. Die Urnierenreste im Hilus ovarii sind in allen Ovarien, theils mit, eils ohne Wand, aus Bindegewebe in glatten Muskelfasern (Grundang) zu sehen. Ein epithelialer Zusammenhang mit den Epoophoresten in der Mesosalpinx und im Mesoovarium ist trotz lückenlosen rienschnitten nur sehr selten zu erbringen. Diese Canäle zeigen vielh Dilatationen, wobei das Epithel nach Art der Retentionscysten niedriges, abgeplattetes wird. Nur in einem einzigen Ovarium war enomatöser Bau der Urnierenreste mit cystischer Erweiterung der üsenschläuche und zugleich überall ein gut entwickeltes Epithel zu ıen.

3. Die Pflasterepithel-, Flimmer- und Becherzellheerde im Ovarium, mmen weder vom Oberflächenepithel und dessen Vorstufen, noch n Follikelepithel und dessen Vorstufen, noch von den Urnierenren im Hilus ovarii ab, sondern sind als ins Ovarium congenital verlarte Zellnester, als *congenitale Pflaster-, Flimmerzell- und Becherzelllagen* aufzufassen.

9. Die Entwickelung eines proliferirenden Flimmerzellen- oder cherzellenadenoms ist nicht allein an die Anwesenheit von Flimmerer Becherzellen, sondern ebenso sehr an ein zu diesen Epithelien hörendes und vom Stroma ovarii differentes Schlauchstroma gebun-

den. Ohne dieses Schlauchstroma tritt in den Flimmerepithel- und Becherzellschläuchen frühzeitig Degeneration der Epithelien ein und das normale Ovarialstroma dient, wie bei der Follikelatresie, nur zur bindegewebigen Füllung der epithellosen Höhlen.

10. Der zeitliche Beginn der Entwickelung einer Flimmerepithel- sive Becherzellanlage ist an die topographische Lage des primären Flimmerepithel- sive Becherzellheerdes gebunden, in dem Sinne, dass diejenigen Heerde, welche nahe der Zona vasculosa liegen, wie bei Follikelentwickelung, zuerst proliferiren, während die der Oberfläche näher liegenden Heerde ihre Entwickelung erst später beginnen.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Ueber Struma colloides cystica im Ovarium.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Bern:

Prof. Dr. Langhans.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. L, Heft 3.)

Walthard hat drei hiehergehörige Tumoren in « toto » in lückenlosen Schnittserien untersucht und so auch über die Lage, die Ausdehnung und den Grad der Entwicklung der übrigen Gewebe der ganzen Teratomanlage genauen Aufschluss erhalten.

	Grösse der Struma.	Grösse der teratoiden Anlage ohne Struma.
Katsurda.	22 mm : 6 mm	Gänseeigrösse, abzüglich Struma
Pick . .	3,0 cm : 3,0 cm : 1,0 cm	Kleinfaustgrösse, abzügl. Struma
Glockner.	8,0 cm : 6,0 cm : 5,0 cm	Knorpelinseln, Schweissdrüsen ohne Angabe der Dimensionen weil nur Stufenschnitte.
Lanz . .	Nicht zu verwerten, weil nur in vereinzelten Schnitten untersucht.	

Unsere Beobachtungen:

	Grösse der Struma.	Grösse der teratoiden Anlage ohne Struma.
'althard. umor I	11,5 cm : 7,0 cm : 6,5 cm	Auf 9 auf einander folgenden Schnitten geschichtetes Pflasterepithel, Talg- und Schweissdrüsen, sonst alles Strumagewebe.
'althard. umor II	6,0 cm : 3,5 cm : 2,5 cm	Auf 42 Schnitten geschichtetes Pflasterepithel. Auf 136 Schnitten eine rundliche, ca. 10,3 mm im Umfang messende Knorpelinsel. Auf 37 Schnitten eine rundliche ca. 0,84 mm im Umfang messende Knorpelinsel.
'althard. 'umor III	—	Es fehlen alle Andeutungen von anderen Geweben der Teratomanlage.

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass je mächtiger die Entwickelung er Struma, desto geringer die Entwickelung der übrigen Gewebe der eratomanlage ist, und dass bei Tumor III, der bis heute grössten beınnten Struma colloides cystica ovarii, alle Andeutungen des Teratomalagerestes fehlen; dass dagegen der Ovarialrest nicht vollständig ver:hwunden ist.

Walthard glaubt, dass die geringe oder gar fehlende Entwicklung der brigen Gewebe der Teratomanlage auf den Nahrungsentzug durch die ıächtig wuchernde Struma zurückzuführen sei, wodurch die übrigen 'ewebe der ganzen Anlage überwuchert werden.

Tumor I. — Stammt von einer 55 Jahre alten Multipara; seit 4 Jahren icht mehr menstruirt, consultirt wegen Retentio urinæ. Uterus anteonirt und elevirt durch einen in der Excavatio recto-uterina liegenden, nbeweglichen Tumor, von prall-elastischer Consistenz. Adnexe rechts eutlich fühlbar, links dagegen nicht. Pat. leidet an Struma coll. Laparoomie.

Der enfernte Tumor besteht zunächst aus einer grossen Cyste. Il Wand der Cyste ist 2-3 mm. dick und an einer nach links und vorne g legenen Stelle ist die Wand um ein 4-5faches verdickt. Diese verdick Stelle misst ca. 2 cm. im Dickendurchmesser und lässt von dem Inne rand der grossen Cyste aus betrachtet, einige helle Bläschen erkenne sie wird, sovie die ganze Wand der Cyste, in Blöcke zerschnitten u sämmtliche Blöcke in Serienschnitten untersucht.

Tumor II stammt von einer 33jährigen Frau und wurde « per lap rotomiam » entfernt. Pat. hat keine äusserlich sichtbare Struma col Das stark vergrösserte Ovarium betrug die oben angegebenen Maass Der Hilus wird von direkt bei einander liegenden Cysten eingenomme deren Durchmesser 2-12 mm. beträgt. Die Wand dieser Cysten ist dün ihre Innenfläche glatt und am lateralen Pol des Tumors befindet sic ein Corpus luteum von 13 mm. Durchmesser. Der ganze Tumor wird vo einem Pol zum andern durch senkrecht zur Längsachse geführte Schnitt in acht Blöcke zerlegt und jeder Block in Serienschnitten zerteilt. u tersucht.

Tumor III. — Ovarialtumor, Laparotomie. Pat. leidet, am rechten wi am linken Thyreoïdallappen, an Struma colloides mit Verkalkunge Der Tumor (Maasse oben angegeben) besteht zu $^3/_4$ aus einer grosse einkammerigen Cyste. Diese zeigt eine selbständige Wand, welche üb all von Ovarialstroma bedeckt ist. Ein seröser Ueberzug fehlt. Die Inne fläche der Cyste ist glatt, ohne Papillen und zeigt nur an einer einzig Stelle einen kirschgrossen Vorsprung, welcher einer kleineren Cyste en spricht. Das die grosse Cyste umgebende Gewebe ist in Form von Kn ten angeordnet, welche aus Gruppen kleiner und kleinster Cysten vo den Dimensionen eines Stecknadelkopfes bis zu 2 cm. Durchmesser va rieren.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde der ganze Tumor in Blöck zerschnitten und lückenlose Serienschnitte angelegt. Die detailliert mikroskopische Untersuchung der drei Geschwülste muss im Origin nachgesehen werden.

Dr. P. Wanner, Lausanne:

ɔngenitale Amputation und Halsumschlingung durch den Nabelstrang.

Amputation congénitale par le cordon et enroulement du cordon.

(Revue médicale de la Suisse romande. Nr. 8, pag. 541. 193.)

I.

Ein Fall von congenitaler Amputation durch den Nabelstrang.

Die hiehergehörigen Fälle sind sehr selten und nicht über jedem weifel erhaben, so dass die Bekanntgabe eines sicher beobachteten Fal- s angezeigt erscheint:

26-jährige Frau, frühzeitiger Fruchtwasser-Abfluss, Abortus im 3. Monat, Zwil- ge, wovon der eine normal entwickelt, der andere folgende Abnormitäten aufweist: Der Nabelstrang hat einen Durchmesser von 1,5 mm; vom Nabel zieht er direkt ch der rechten Halsseite des Embryos, auf dem Körper und der Nackengegend ie deutliche Furche hinterlassend; dann gelangt er auf die vordere Halspartie und ı dort auf den aufsteigenden Abschnitt des rechten Unterkiefers, um 1 mm vor n rechten Ohre zu endigen.



Fig. 15.

Die Nabelschnur verläuft so, wie sie sich bei der Geburt präsentierte.

Der Kopf ist nach der linken Schulter gedreht; der l. Arm hat eine Lage, w wenn er in einer Armbinde getragen würde; die l. Hand ist durch die gespann Nabelschnur auf das Sternum fixiert; die Hohlseite der Hand schaut nach vorne, d Daumen ist unten. (Dehnung nur 180 °.) Der Nabelstrang geht über die 4 Fing weg und berührt das periphere Ende des Daumens, der verkürzt erscheint.



Fig. 16.

Die Nabelschnur ist zur Seite gezogen, damit man die Furche sehen kann, die über die 4 Finger hinweg zu Stande gebracht.

Indem die Nabelschnur mit einem Häckchen nach rechts gezogen wird, Fig. 1 sieht man auf der Metacarpo-phalangeal-Gegend der 4 Finger eine tiefe Furche, d nur noch aus einer dünnen Membran besteht; die Amputation ist also nicht vo ständig, aber auf dem besten Wege es zu werden; der Daumen ist an seinem En komprimiert und endet in einer schiefen Fläche, die gegen den Nabelstrang schau — Die tiefe Rinne in der Nackengegend lässt an eine beginnende Amputation d Kopfes denken. Die eigentümliche Haltung des rechten Armes (die Hand ist auf de Vorderarm flektiert und zwischen diesen und den Thorax eingekeilt) könnte ihr Grund in amniotischen Bändern haben, deren Rudimente noch auf dem recht Vorderarm und an der l. Schulter zu konstatieren sind.

Wanner gibt nun eine sehr fleissige Litteraturübersicht und stel zum Schlusse folgende Sätze auf:

Die Nabelschnur und die amniotischen Bänder bilden die häufigsten logischen Momente der congenitalen Amputationen und Furchen.

. *Die Nabelschnur kann, ihre Länge und Geschmeidigkeit in Betracht end, Amputationen und Furchen auf irgend einem Teile des Körpers beiführen.*

. *Eine komplete Umschlingung irgend eines Gliedes scheint zum Zudekommen einer Amputation nicht absolut notwendig zu sein.*

. *Da die Mehrzahl der congenitalen Amputationen erst bei der Geburt r selbst längere Zeit nach derselben zur Beobachtung kommen, so ist es schwierig zu entscheiden, welche Momente, Nabelschnur oder amniohe Bänder, im Spiele waren; immerhin scheint, dass letztere häufiger erstere in Frage kommen.*

. *Die geringe Menge von Fruchtwasser, im Beginne der Schwangeraft (2.—4. Monat), scheint bezüglich der amniotischen Bänder eine htige Rolle zu spielen und andererseits die Nabelschnurumschlinggen (Hals und Extremitäten) zu begünstigen.*

. *Die Amputation, die, unter der Einwirkung der primären Ursachen erst eine unvollständige war, kann nachträglich durch die zusammenhende Kraft der gebildeten Furchen selbst und durch eine progressive, röse Degeneration der komprimierten Partien, eine vollständige werden.*

7. *Tiefe Furchen müssen bei Neugeborenen stets aufmerksam übercht und eventuell operiert werden, um einer eventuellen Gangraen oder ntanen Amputation der peripher von der Furche gelegenen Teile zurzukommen.*

II.

Ein Fall von Nabelschnurumschlingung bei einem Fœtus von $3^1/_2$ Monaten, welch' letzter auch noch weitere interessante Anomalien aufweist.

39-jährige Frau, verliert ganz zu Beginn der Schwangerschaft amniotische Flüssigit; Abortus. Foetus, ganz besonders dessen Kopf, maceriert; Körper und Beine i weitem besser konserviert; nach seiner Länge berechnet, entstammt er circa der l.—15. Woche.



Fig. 17.

Nabelschnur-Umschlingung des Halses.

Er hat Kugelform; die Nabelschnur macht $2^{1}/_{2}$ Halsumschlingungen, die auf der betreffenden Hautpartie eine tiefe Rinne zurücklassen und welch' letztere die Respiration sicherlich wesentlich erschwert hat. Die Oberschenkel (ganz besonders der rechte) sind vermittelst einer breiten amniotischen Membran an den Thorax angeheftet; die Unterschenkel waren auf den Oberschenkeln flektiert; linker Fuss in prononcierter Equino-Varus-Stellung; rechter Fuss in extremer Abduction, mit dem Unterschenkel einen spitzen Winkel bildend; Zehen zeigen eine ganz eigentümliche Anordnung.

Betreffs der Anomalie des linken Fusses kann es sich nur um eine «*intrauterine Belastungsdeformität*» *(Volkmann)* oder nach *Bessel-Hagen* um eine congenitale, secundäre Deformation handeln.

Der Nabelstrang war im Begriffe, durch direkte Amputation, eine Acephalie hervorzubringen.



Fig. 18.

)ie Nabelschnur-Umschlingung wurde gehoben; man sieht eine tiefe Furche um den Hals herum.

Der vorliegende Fall zeigt auch, dass die Equino-Varus-Stellung der Füsse in Folge ;ompression schon sehr frühzeitig auftreten kann und nicht, wie man bis jetzt an-ıahm *(Karewski)*, nur in den letzten Monaten der Gravidität.

Die eben beschriebenen Anomalien sind also zurückzuführen:

1. Auf die Halsumschlingung des Nabelstranges (beginnende Ampu-ation des Kopfes).

2. Auf die amniotischen Bänder, die die Oberschenkel in Flexion gegen len Thorax fixieren und

3. Auf die Zunahme des intrauterinen Druckes, in Folge frühzeitigen ıbflusses amniotischer Flüssigkeit. (Fœtus in Kugelform, Bildung eines ›es equino-varus und ganz besonders eines valgus, eigentümliche An-ırdnung der Zehen des rechten Fusses).

Dr Ch. Widmer, Basel:

Ueber Scheidendrüsen und Scheidencysten.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. von Herff.

(Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynækologie, Bd. VIII, Heft1, p. 106. 1903.

Die einseitige Weise, mit welcher mehrere neueste Arbeiten über Scheidencysten die Herkunft aus embryonalen Gebilden betonen und die Drüsenprovenienz ablehnen, hat Widmer zu dieser Arbeit veranlasst.

Es sollen hier nur jene Cysten berücksichtigt werden, deren Sitz und Beschaffenheit ihre Herkunft aus im Scheidengewebe vorkommenden epithelialen Bildungen dartun. Den Scheidencysten können folgende seltsame Gebilde als Grundlage dienen:

1) Drüsen der Vagina.

2) Teile von embryonalen Gebilden, nämlich Ueberreste der Gartnerschen Gänge, oder

3) Versprengte Stücke der später zur Vagina gewordenen Müllerschen Gänge.

Der Umstand, dass der weitaus grösste Teil der beschriebenen Cysten vom Lebenden stammt und nicht vom Leichenmaterial, mag viel zur Lückenhaftigkeit und Unklarheit in unserer Kenntnis ihrer Entstehung beigetragen haben; dass dabei in dem Befund, besonders was genaue Lage, Auskleidung und Beziehungen zur Scheidenoberfläche anbelangt, vieles fehlen musste, ist einleuchtend.

Widmer war nun im Falle, einen hiehergehörigen Fall, in Serienschnitten, genauer mikroskopisch zu untersuchen; das Präparat stammt von einer 50jährigen Frau, bei der wegen Prolaps die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen worden war.

Unter Verfolgung der Schnittserien hat Widmer jede Cyste und Drüse in Verbindung mit der freien Scheidenoberfläche treten sehen, so zwar, dass das Ende des Ausführungsganges beim Durchtritt durch das Plattenepithel nur noch in Ueberresten vorhanden, von diesem erdrückt schien; es muss hinzugefügt werden. dass da, wo Drüsenschläuche Verengerungen zeigen und wo eine Cyste sich zum Ausführungsgang verschmälert, exquisite Bindegewebszüge auftreten, die durch ihre Dichtigkeit und ihren Kernreichtum sich von dem lockeren fibrillären Stromagewebe deutlich unterscheiden.

Nachdem der obige Fall noch mit einschlagenden, in der Litteratur ›reits veröffentlichten Fällen verglichen worden ist, resümiert WIDMER ie gefundenen Tatsachen folgendermassen:

Es können aus Scheidendrüsen Scheidencysten entstehen; erstere haben it den Ueberresten GARTNER*'scher Gänge nichts zu tun und stellen selbändige, echte Drüsen dar, mit Drüsenkörper und Ausführungsgang.*

Die Cysten sind Retentionscysten, wobei aber das Bindegewebe, durch inengung der Ausführungsgänge, das primäre Moment zu ihrer Entehung gegeben haben kann.

3 mikroskopische Abbildungen und ein detailliertes Litteratur-Verichnis sind beigegeben.

Dr. E. WORMSER, Basel:

Die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. E. Bumm und Prof. Dr. O. von Herff.
(Archiv für Gynækologie, Bd. 69, Heft 3, 1903.)

WORMSER hat es auf Anregung von Prof. BUMM unternommen, an der land eines grossen Materials, die Regeneration der Schleimhaut nach er Geburt neuerdings methodisch zu studieren.

Die Mucosa wurde 1—7 Tage post partum untersucht, dann weiter 0—15, 8—20, 22 Tage und 2 Monate post partum.

Am Schlusse der sehr sorgfältigen, 130 Seiten starken Publikation, die m Texte und auf einer Doppeltafel 19 Abbildungen bringt, gibt WORMSER olgende *Zusammenfassung:*

1) Die Trennung der Eihäute bei der rechtzeitigen Geburt erfolgt innerhalb der Spongiosa, so, dass in jedem Falle mehr oder weniger Spongiosagewebe auf der Innenfläche des Uterus verbleibt.

2) Die Dicke der zurückgelassenen Spongiosaschicht ist an ein- und lemselben Uterus sehr wechselnd, umfasst aber an den dünnsten Stellen nindestens eine Lage von flachausgezogenen Drüsen, welche durch die ösung eröffnet und zur Oberfläche werden; an allen anderen Stellen — ind diese bilden die überwiegende Mehrzahl — besteht die zurückgebliebene Schicht aus mehreren Lagen von Drüsen.

3) Eine Unterscheidung von 2 Typen der Regeneration (Klein) ist nicht gerechtfertigt; die Unterschiede sind nur gradueller Natur.

4) Die zurückgebliebene Spongiosa zeigt vom 9. Tag an eine Scheidung in eine oberflächliche, nekrotische und eine tiefe, gutgefärbte Schicht, welche beide durch eine Demarkationslinie getrennt sind. Diese Linie benützt die basalen Flächen aller in ihrer Nähe befindlichen Drüsenräume, welche dadurch zur späteren Oberfläche werden.

5) Sobald durch Abstossung der nekrotischen Oberflächenschicht der Raum zwischen zwei eröffneten Drüsenschalen freigelegt ist, wird er durch seitliches Verschieben, durch Abplattung und auch durch amitotische Vermehrung der zunächst liegenden Epithelien provisorisch gedeckt; weiterhin sorgen, ebenfalls auf dem Wege der Amitose, die Drüsenepithelien in der Tiefe für genügendes Material zur Ueberhäutung der Defekte (Mehrschichtigkeit, Sycytiumbildung).

6) In allen Stadien des Wochenbettes (bis zum Ende der dritten Woche) bieten die Epithelzellen neben den Erscheinungen der Proliferation solche der regressiven Metamorphose dar: Unregelmässigkeit der Lagerung, polymorphe Beschaffenheit der Zellen und Zellkerne; Vacuolenbildung; Pyknose; periphere Verlagerung, Fragmentation, körniger Zerfall und chemische Dekonstitution der Kerne.

7) Indirekte Kernteilung (Karyokinese) findet in den ersten 14 Tagen des Wochenbettes im Epithel nicht statt.

8) Die Decidua bildet sich auf zweierlei Weise zurück: eine oberflächliche, schmale, nicht überall ausgebildete Zone zeigt (fettige) Degeneration und Zerfall der Deciduazellen, sodass nur das sehr deutlich gewordene, intercelluläre Maschenwerk übrig bleibt; areolärer Typus; die Neubevölkerung mit Stromazellen geschieht durch Wucherung der fixen Bindegewebszellen, sowie durch Nachschub von unten. — In der tiefen, die ganze Dicke der Schleimhaut umfassenden Schicht, bilden sich die Deciduazellen unter Verkleinerung von Kern und Protoplasma zu normalen Stromazellen zurück, welche alsbald auf mitotischem Wege sich zu vermehren beginnen.

9) Es besteht kein prinzipieller Unterschied der Regenerationsvorgänge zwischen der Placentarstelle und den übrigen Teilen der Schleimhaut, wie auch der Bau der beiden (Anwesenheit genügender Drüsenreste etc.) ein übereinstimmender ist.

10. Die serotinalen Riesenzellen gehen im Wochenbett in kurzer Zeit unter Fragmentation zu Grunde; mehr oder weniger zahlreiche Ueber-

ste finden sich aber bis in die dritte Woche fast regelmässig (dies vielicht nicht ganz normaler Weise).

11) Alle Regenerationsvorgänge spielen sich nebeneinander verschieen rasch ab, so dass zu jeder Zeit in den ersten 2 Wochen alle Stadien erselben gefunden werden können, was die Bestimmung von Normen r die Zeit des Ablaufes des einen oder anderen Vorganges sehr erhwert und vielleicht auch für einige Angaben in der Litteratur über norm rasche Regeneration die Erklärung bietet.

12) Am Ende der dritten Woche ist die Regeneration so weit gediehen, ss alle Bestandteile der Schleimhaut annähernd normal vorhanden nd, ohne jedoch ihren puerperalen Charakter ganz abgelegt zu haben.

Das *Litteratur-Verzeichnis* führt 53 Arbeiten auf.

Prof. Dr. Oskar Wyss, Zürich;

Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre und Blasenseuche der Milchtiere.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 21, pag. 706, 1903.)

In *Zürich* konstatierte man für die Jahre 1893-1901 ein *langsames, ber ganz stetiges Ansteigen der Kindersterblichkeit*, die im Jahre 1898 re höchste Höhe erreichte.

Um die Gründe dieser nicht nur scheinbaren, sondern wirklichen Zuahme der Kindersterblichkeit zu eruieren, suchte Wyss die Ziffern des dg. statist. Bureaus über « *Enteritistodesfälle der Kinder unter einem ahre* » zu verwerten. In der Tat klagten im Sommer 1898 die Zürcher erzte über häufige und schwere Gastroenteritiden kleiner Kinder und ing aus einer Zusammenstellung der « Jahresberichte des eidg. statist. ureaus » hervor, dass die grosse Säuglingssterblichkeit des Jahres 1898 urch Enteritis bedingt war.

Woher rührte diese enorme Enteritisfrequenz der Kinder im ersten ebensjahre?

Die Säuglings-Enteritis-Epidemie von 1898 war nicht eine über die brigen Städte der Schweiz verbreitete, sondern eine auf Zürich lokaliierte.

Man las in den Tagesblättern der neunziger Jahre ab und zu, dass d und dort die Maul- und Klauenseuche beim Rindvieh im Kanton Zürid ausgebrochen sei. Da schien es Wyss angezeigt zu sein, zu untersuchen ob sich ein Zusammenhang der stadtzürcherischen Kindersterblichkei und dem Herrschen der Maul- und Klauenseuche, — jetzt von den Tier ärzten « *Blasenseuche* » genannt — auffinden lasse. Ein wertvolles Ma terial gab das eidg. Viehseuchen-Bulletin vom Jahre 1891-1901; ein ein gehendes Studium ergab, *dass die Kindersterblichkeit in 26 von 28 un tersuchten Epizootienkreisen ungünstig beeinflusst wurde.*

Weitere von Wyss zu Tage beförderte *Tatsachen* sind *von gross Tragweite:*

« Genau mit der Entwicklung der Blasenseuche-Erkrankung beim Milchtiere kann die Kindersterblichkeit nicht zusammenfallen, weil die Milchproduktion auf der Höhe der Erkrankung zurückgeht, dann Mo nate lang reduziert ist und die Milch nicht mehr in den Handel gebracht wird. Erst nach Monaten tritt die Milchabsonderung wieder auf; aber diese Milch ist (Prof. Hirzel und Prof. Hess) noch lange Zeit hochgradig verändert und reicht dies unzweifelhaft aus, um die grössere Ziffer der Erkrankungen kleiner Kinder zu erklären, umsomehr nach Ablauf der wahrnehmbaren Krankheitserscheinungen an den Tieren die Milch wie der in den Handel gebracht wird. Das ist die Zeit, in der dann die Er krankungen erfolgen. — — —

Findet die Blasenseuche im Beginne eines Kalenderjahres statt, so fallen die Todesfälle der Kinder auf Rechnung desselben Jahres; findet sie aber erst in der zweiten Hälfte oder im letzten Drittteil des Jahres statt, so kommen die deletären Folgen erst im darauffolgenden Jahr zum Vorschein. — — —

« Es wird, da die Ernährungsstörung, welche die Blasenseuche der Milchtiere im Körper der letzteren hervorruft und welche die Milch für lange Zeit, auch im Zustande der scheinbaren Rekonvalescenz des Tie res, schädigt und wenigstens als Kindernahrungsmittel ungeeignet macht, erwünscht und nötig sein, die Milch derartiger Tiere für sehr lange Zeit, am besten für immer, als Kindernahrungsmittel zu ver bieten. »

II.

Dissertationen.

Dr. W. Alexieff, Genf:

Beitrag zum Studium des Kaiserschnittes bei einer Zwergin, von weniger als 1 Meter Höhe.

ıtribution à l'Opération césarienne chez des naines au-dessous d'un mètre.

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève: Prof. Dr. A. Jentzer.

(Imprimerie Ch. Zöllner, Genève, 1903.)

6-jährige Erstgeschwängerte, von 96 cm Höhe, gut proportioniert; hat mit 23 ıaten gehen können. Menstruiert im Alter von 17 Jahren, ziemlich regelmässig, öhnlich 3 wöchentlich.

bdomen stark ausgedehnt; Uterusfundus reicht bis zum Schwertfortsatz. Kopf eglich über Becken-Eingang. Die Distanz zwischen den beiden kindlichen Polen ägt. nach der *Ahlfeld'schen* Methode gemessen, 20,4 cm. Aeussere Geschlechtsteile nal. Scheide eng, verlängert. Vag. portio 3 cm lang; äusserer M.m. geschlossen. p. 14 cm. Cr. 18 cm. Tr. 22,6 cm. DB. 12,3 cm. Conj. diag. 7,6 cm. Conj. vera cm.

ectio cæsarea vor Wehenbeginn: Uterus wird aus der Bauchhöhle ausgewälzt; manuelle Kompression des untern Uterinsegmentes; mene Incision des Fruchtbehälters. Nach der Extraktion des Kindes d das Uteruscavum mit Tavel'scher Lösung ausgespühlt. Etagenıt der Uterus-Incision (nach Saenger).

Ian konnte nun, was den Uterus selbst betrifft, folgende interessante enomene beobachten:

1) Langsames, aber progressives Höhersteigen des Gebärmuttergrundes, der gut contrahiert bleibend, oberhalb des Nabels zu stehen kommt (während er sich vorher unterhalb desselben befand). Während die oberen zwei Drittel des Uteruskörpers sich contrahierten, blieb das untere Drittel zuerst schlaff und gefaltet. Fig. 19.

2) Das untere Drittel beginnt sich beträchtlich zu verlängern: die Verlängerung hält Schritt mit der Ausdehnung. Fig. 20.

3) Das untere Drittel, d. h. das untere Uterinsegment, erreicht eine solche Ausdehnung, dass es breiter und länger erscheint als die oberen zwei Drittel des Uteruskörpers; zwischen den beiden Abschnitten des postpuerperalen Uterus bildet sich eine zirkuläre Furche. Das untere Uterinsegment ist enorm gedehnt, elastisch, von Fassform. Fig. 21.

Es handelt sich um Retention von Blut im untern Gebärmutterabschnitte, infolge Undurchgängigkeit des Cervicalkanals. Da die schnelle Dilatation nicht gelang, die innere Blutung aber das Leben der Patientin bedrohte, so wurde zur Ausführung des *Porro* geschritten. Der innere M. m. präsentierte sich dabei vollständig geschlossen.

Kind wiegt 2400 gr. und ist 46 cm lang. B. T. 7, 5. D. P. 9, 6. O. F. 11, 2. O. M. 12, 8. SOM 9, 6.

Der vorliegende Fall lehrt deutlich, dass man nie an die Ausführung eines konservativen Kaiserschnittes herangehen soll, bevor man sich von der Durchgängigkeit des Cervicalkanales überzeugt hat; im übrigen ist die obige Beobachtung äusserst wichtig bezüglich der Frage des unteren Uterinsegmentes; dieses letztere war gleichsam gelähmt und zwar deshalb, weil seine Wandungen die Eigenschaft, sich zu contrahieren, nicht besassen; das untere Uterinsegment hatte sich aus dem unteren Drittel des Uteruskörpers entwickelt (Schröder) und nicht wie Bayer annimmt aus dem Cervicalkanal*. Fig. 22.

Das Hauptergebnis der vorliegenden Betrachtung ist und bleibt die Konstatierung zweier funktionell ganz verschiedener Abschnitte des Uteruskörpers, was durch beigegebene Skizzen illustriert wird.

* Siehe des weiteren: « Handbuch der Geburtshülfe » von *F. v. Winkel*. Erster Band. I. Hälfte pag. 517: *A. v. Rosthorn:* « Unteres Uterinsegment in der Schwangerschaft » (Cervixfrage).

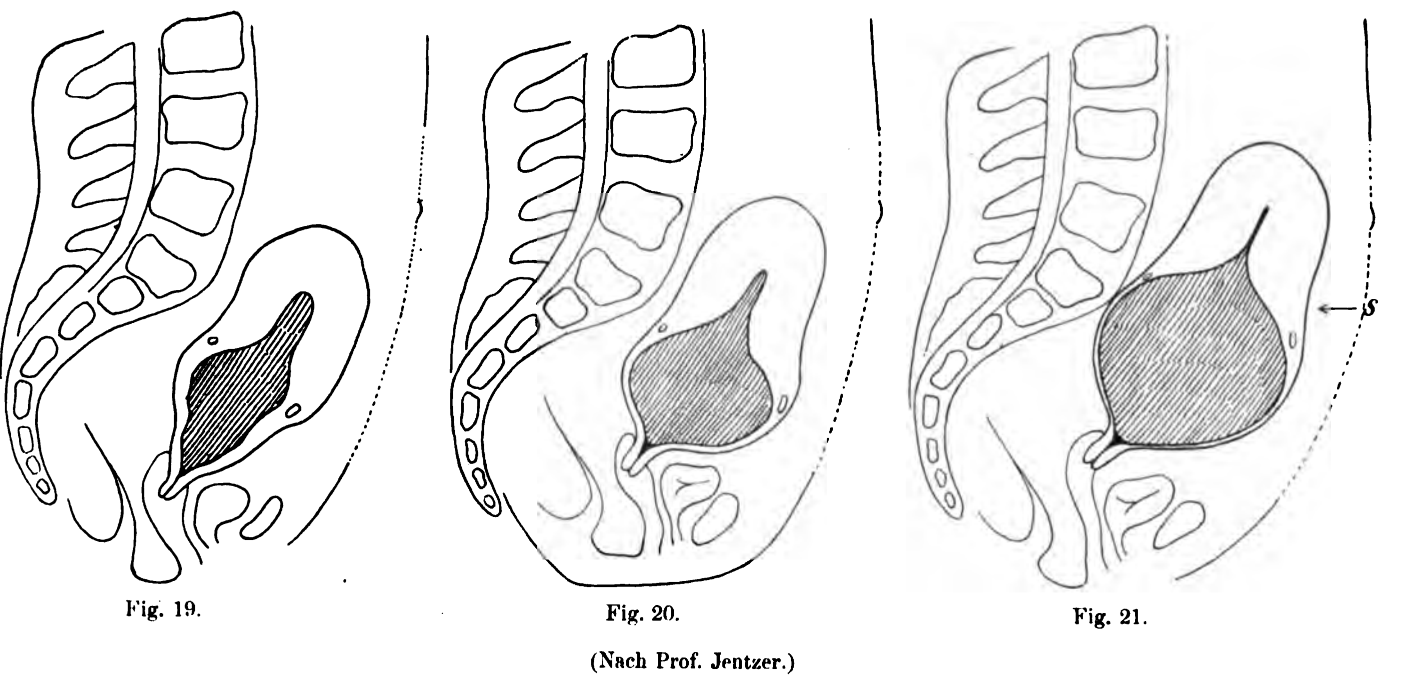


Fig. 19. Fig. 20. Fig. 21.

(Nach Prof. Jentzer.)

Anmerkung. Der *Alexieff*'sche Fall wird nach *Bayer*'scher Auffassung kaum berufen sein, gegen dessen letztern Ansichten, bezüglich der «Cervixfrage», eine wesentliche Rolle zu spielen.

Wenn wir einigen kritischen Bemerkungen zur obigen Beobachtung, die Tatsachen zur Grunde legen, die *Bayer* in der «Frage des unteren Uterinsegmentes» streng wissenschaftlich vorgehend, geschaffen, so wäre etwa folgendes zu sagen:

In *Alexieff's* Beobachtung handelte es sich um eine ausgeprägte «Cervixdehnung», die sich jedoch ohne vorausgegangene Wehentätigkeit am entleerten Uterus offenbar sehr rasch ausgebildet hatte. Dieser Umstand spräche zu Gunsten der *Bayer*'schen Ansicht, dass nämlich die Erschlaffung des unteren Segmentes «post partum» nicht eine Folge der Geburtsvorgänge ist, sondern dass diese auf einer primären Contractionsunfähigkeit desselben beruht. (Vergl. *Bayer:* «Weitere Beiträge zur Lehre vom unteren Uterinsegment.» Beiträge zur Geburtsh. und Gyn. I, pag. 167.)

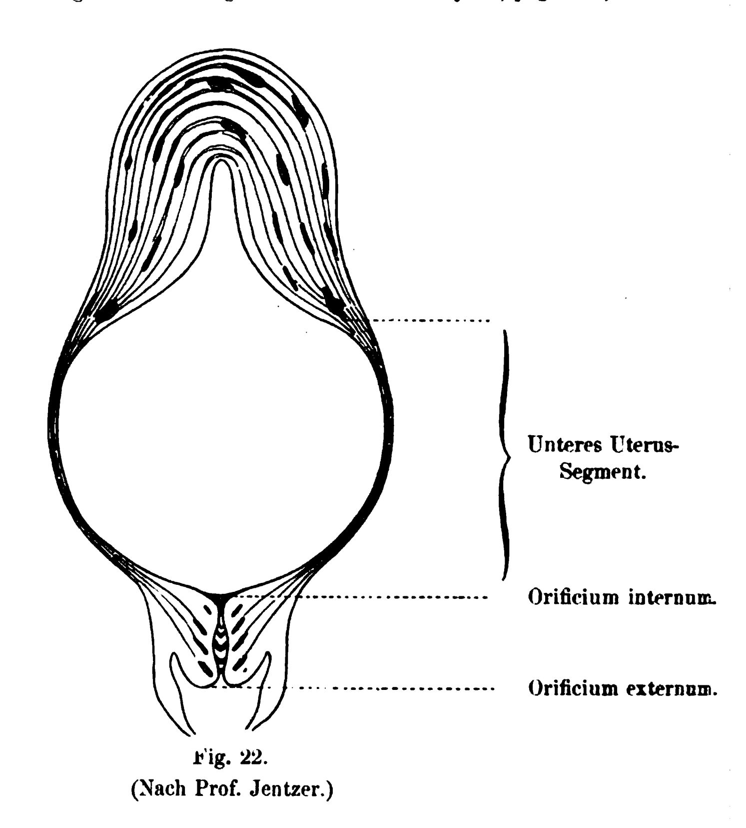


Fig. 22.
(Nach Prof. Jentzer.)

Während aber *Bayer* diese Contractionsunfähigkeit darauf zurückführte, dass das untere Segment aus dem oberen Teil der Cervix entsteht und Cervixwandung stets contractionsunfähig ist, sieht *Alexieff* in seinem Falle einen Beweis für die *Schröder*'sche Theorie, nach welcher das Collum in der Schwangerschaft intakt bleibt und

as untere Segment dem Corpus Uteri angehört. Dieser Beweis soll dadurch geliefert 'orden sein, dass der innere Muttermund vollkommen geschlossen war.

Nun hat man in der Tat die Erhaltung eines Cervicalkanales von annähernd der ewöhnlichen Länge und mit einer mehr-oder weniger eng geschlossenen inneren ›ffnung von jeher als ein Hauptargument für die Lehre von der Nichtentfaltung es Mutterhalses betrachtet.

Dies geschah in der bekannten Arbeit von *P. Müller:* « Untersuchungen über die erkürzung der Vaginalportion in den letzten Monaten der Gravidität; » ebenso eschah es stets bei der Diskussion der verschiedenen Gefrierschnitte durch schwan-ere und kreissende Gebärmütter; und ganz ebenso geschieht es jetzt wieder durch *lexieff.*

Bayer's Gegenargumente sind bis heute noch recht wenig beachtet worden.

Nach seinen Angaben lässt sich ohne *mikroskopische Untersuchung* und Messung :r Cervixmuskelfasern nicht einmal einem Gefrierschnitte durch die ganze, schwan-:re Gebärmutter, geschweige denn einem amputierten Uterus ansehen, ob die Cervix itfaltet ist oder nicht. (Vergl. *Bayer* « Uterus und unteres Uterinsegment. » Arch. Gyn. Bd. 54, p. 44.)

Eine Cervix von gewöhnlicher Länge ist nur dann als unentfaltet anzusehen, wenn e Untersuchung ihrer Wandungen eine deutliche Hypertrophie der Elemente ver-issen lässt; zeigt sich jedoch, wie das unter normalen Umständen der Fall ist, eine hebliche Hypertrophie der Muskulatur im Collum, dann müsste dasselbe eine ent-rechende Vergrösserung erfahren haben, wie ja auch die Vergrösserung des Corpus it einer entsprechenden Hypertrophie seiner Muskelfasern einhergeht.

Die innere Oeffnung des Cervicalkanales aber ist bei einer Erstgeschwängerten, so ıge eigentliche Wehen noch nicht aufgetreten sind, stets eng geschlossen; denn die ıtfaltung findet über dem wachsenden Ei und nach Massgabe dessen Wachstum ıtt, so dass jede sich entfaltende Zone des Mutterhalses sofort in die Wandung des ıtraumes glatt verstreicht.

Unter diesem, von Bayer stets verfochtenen Standpunkt, ist die Beobachtung exieff's nicht geeignet, zur Entscheidung der Cervixfrage ein entscheidendes Mo-nt beizutragen, da ja eine Messung der Cervixfasern der Umstände halber nicht iglich war.

Dr. M. Aliantchikova, Moskau:

Statistische Studien zur manuellen Placentarlösung*.

Etude statistique sur la délivrance artificielle.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1903.)

Verfasser stellt sich zur Aufgabe, die Mortalität und Morbidität der ınuellen Placentarlösung zu studieren und dies an Hand des Materials

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, pag. 102: *Dr A. Blunschy:* « Die Fälle von künstlicher ung der Placenta in der Zürcher Universitätsfrauenklinik während der Jahre 8—1900. »



von 8 Gebäranstalten, während der Jahre 1891-1901: *Maternité de Lau-sanne:* Prof. RAPIN; Maternité de Saint-Cathérine à Moscou; Maternité Baudelocque à Paris; Maternité de l'Hôtel-Dieu à Paris; *Frauenklinik in Zürich:* Prof. WYDER; Frauenklinik in Tübingen; Frauenklinik in Marburg; Frauenklinik in Würzburg.

Die Arbeit zerfällt in 3 Kapitel.

Im ersten Kapitel werden die Statistiken der einzeln oben angeführten Gebäranstalten wiedergegeben.

Im zweiten Kapitel werden die hauptsächlichsten Tatsachen jeder einzelnen Klinik zusammengestellt und mit einander verglichen.

Im dritten Kapitel werden die aus der zusammenfassenden Statistik gezogenen *Schlussfolgerungen* angeführt:

In den obengenannten 8 Kliniken kamen während der Jahre 1891-1901: 47,943 Geburten zur Beobachtung. 1337 mal wurde dabei die manuelle Placentarlösung nötig. Krankhafte Prozesse wurden dabei in ..3 Fällen konstatiert, d. h. in 89,93 %. 67 Wöchnerinnen gingen zu Grunde also 5,01 %. Aus der « *zusammenfassenden Statistik* » geht deutlich hervor, dass der manuellen Placentarlösung nicht unwesentliche Gefahren innewohnen. Man muss allerdings hinzufügen, dass obige Todesfälle nicht sämtlich auf Kosten der Placentarlösung allein zu setzen sind, sondern auch auf Kosten von Eklampsie, Blutung, Uterusruptur und vorhergegangene Infektion. Die eigentliche Mortalität würde so nur 0,14 betragen.

An der *Lausanner Gebäranstalt* wird bezüglich der Behandlung der Nachgeburtsperiode einem abwartenden Verhalten gehuldigt und sind die erzielten Resultate folgende:

Morbidität: 29,23 %
Mortalität: 6,15 %
(Hôtel-Dieu 3 % und Frauenklinik im Würzburg 15,15 %.)

Zum Schlusse werden die Fälle von manueller Placentarlösung, die an der RAPIN'schen Frauenklinik zur Beobachtung kamen, noch übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt.

Dr. G. Amrein, Sursee, Kt. Luzern:

Ein Fall von hereditärer Hexadaktylie nebst sechs weiteren Fällen von Polydaktylie*.

Aus dem Kinderspital zu Basel:
Prof. Dr. E. Hagenbach.
(Schweizer, Verlags-Druckerei, Basel, 1903.)

Nach Amrein handelt es sich bei der Polydaktylie um etwas Krankıftes, um eine Monstruosität, also um *eine eigentliche Missbildung* und cht um Atavismus.

1. Beobachtung. Es handelt sich um *7 polydaktyle Schwestern*, denen normale Geschwister (3 Brüder und 2 Schwestern) geboren wurden. ı der gleichen Familie findet man in aufsteigender Linie noch Fälle ın Polydaktylie und andere Missbildungen; so hatte der Vater an bein Füssen eine überzählige, grosse Zehe mit Syndaktylie der drei, resp. er ersten Zehen; der Grossvater war an beiden Füssen mit *Hexadaklie* behaftet und der Urgrossvater ebenfalls u. s. w.

2. Beobachtung. 6 Monate altes Mädchen; *accessorischer Daumen*. Von ildungsfehlern oder Krankheiten der Eltern ist nichts bekannt.

3. Beobachtung. 3/4 Jahre alter Knabe *mit dreifachem Daumen* an der ıken Hand; keine hereditäre Belastung nachzuweisen.

4. Beobachtung. 13 3/4 Jahre altes Mädchen. *Ueberzählige Kleinzehe n rechten Fusse;* keine erbliche Belastung.

5. Beobachtung. 2 Jahre altes Mädchen. *Doppelte Zehe am rechten uss.*

6. Beobachtung. 4 Monate alter Knabe. *Doppeler Daumen an der chten Hand;* keine hereditäre Belastung.

7. Beobachtung. 5 Jahre altes Mädchen. *Doppelbildung beider grosser hen.* Vater hat abnorm grosse Grosszehen; Mutter ohne Besonderhein. Ein verstorbener Bruder hatte an einem Fuss doppelte Grosszehen.

In der ersten Beobachtung geht die Missbildung vom Vater aus, muss o das Sperma als Urheber beschuldigt werden; in den anderen Fällen

* Siehe *diesen Jahrgang:* Mitteilungen aus Krankenhäusern : « Jahresbericht des nderspitals in Basel pro 1902. »

(Fall von HAGENBACH: Mutter zeigte Verwachsung des 3. und 4. Finger sowie der 2. und 3. Zehe; alle ihre Kinder, 6 an Zahl, zeigten die näm lichen Missbildungen) trägt das Ovulum den Keim zur Missbildung.

Ueber das Wesen d. h. über die *erste Ursache der primären Fäll* welche nicht auf Heredität sich zurückführen lassen, wissen wir no nichts Bestimmtes: Ovulationstheorie, « *Versehen* » d. h. Einwirkun einer heftigen, psychischen Affektion der Mutter; Einwirkung äussere Gewalten; Spaltungstheorie von AHLFELD; Reizung und nachfolgend Vermehrung embryonaler Zellen; Erkrankung der mütterlichen Ze gungsorgane.

AMREIN sucht zum Schlusse, an Hand der eben angeführten ætiolog schen Momente, seine eigenen Fälle in ursächlicher Hinsicht aufzuklär und die atavistische Auffassung der Polydaktylie zurückzuweisen.

Die Litteratur-Uebersicht führt 28 Arbeiten auf.

Anmerkung des Referenten. Ich habe dieser Tage eine interessante, *hereditäre Bi dungsanomalie* beobachtet. Eine meiner Klientinnen gebar ein Mädchen, des Nase ausgesprochen nach der rechten Seite abweicht; die Mutter des Vaters teil mir dann mit, dass ihr Sohn ganz dieselbe Anomalie aufgewiesen habe (von der jet nichts mehr zu konstatieren ist). Der Grossvater des Neugeborenen vermag üb diese Anomalie, soweit seine Person in Betracht kommt, keine Angaben zu mache

---

Dr. P. ATHANASSOW, Sophia:

Ueber kongenitale Skoliose.

Aus dem orthopädischen Institut:

Doc. Dr. A. Lüning und Doc. Dr. W. Schulthess in Zürich.

(Archiv für Orthopædie, Mechanotherapie und Unfall-Chirurgie, Bd. I, Heft 3, 1903.)

Im « Atlas der orthopädischen Chirurgie » von LÜNING und SCHULT HESS wird zum ersten Male der kong. Skoliose eine allgemeine Bede tung zugeschrieben; die weitaus ausführlichste Abhandlung über die Gebiet lieferte HIRSCHBERGER (Zeitschrift für orthop. Chirurgie. Bd. Heft 1, 1900).

ATHANASSOW's Hauptziel war es nun, nur lebensfähige Fälle von kon genitalen Skoliosen zu sammeln, gleichviel ob diese mit anderweitige Deformitäten complizirt waren oder nicht.

Es folgen vier Fälle, die im *orthopädischen Institut von Lüning un Schulthess* zur Beobachtung kamen.

1. Fall. Mädchen mit *Spina bifida*; im 8. Lebensjahre: zunehmende Rückgratsverkrümmung und hinkender Gang. Bei der Inspektion des Rückens entdeckt man über den mittleren Lendenwirbeln eine ca. 2,7 cm. lange und 2,2—2,3 cm. breite, etwa 1 cm. vorragende, flache Geschwulst; diese Geschwulst liegt in dem Winkel der Abknickung der Wirbelsäule gegen das Sacrum; unmittelbar unterhalb derselben fühlt man keine Processus spinosi, sondern eine spaltförmige Vertiefung zwischen zwei Knochenreihen. Die Spalte setzt sich noch ein kleines Stück über die Geschwulst hinaus fort.

Der nächste, obere, normale Processus spinosus scheint, von oben herab gezählt, der erste Lendenwirbel zu sein. Von hier steigt die Dornfortsatzlinie in einem anfänglich ganz leichten, rechtskonvexen Bogen nach oben, verläuft aber nachher ziemlich gradlinig.

Beim gewöhnlichen Stehen ist das Becken ausserordentlich stark links gesenkt. Seine Spinæ ant. stehen in einem Winkel von 20° zur Horizontalen nach links geneigt; die Spinæ post. sup. ebenso in einem Winkel von 22—23°.

Wird das linke Bein gestreckt, so dass die Beckenstellung eine horizontale ist, so nimmt die Neigung des Oberkörpers ganz bedeutend zu.

Die eingehende Krankengeschichte (mit zwei Röntgen-Aufnahmen ergibt):

1. *Spina bifida lumbalis.*

2. *Eine rechtskonvexe, dorsale und eine linkskonvexe, lumbale, durch abnorme Gestalt des dritten und vierten Lendenwirbels bedingte Skoliose.*

Wir haben es hier mit einem Falle von angeborener Skoliose zu tun; es gelingt nicht immer, gleich bei der ersten Untersuchung eines Neugeborenen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Skoliose festzustellen; *tritt aber eine Rückgratsverkümmerung bei einem sonst vollkommen gesunden, kräftig entwickelten, von keiner Knochen-Krankheit heimgesuchten Kinde ein, sobald es zu sitzen anfängt, dann muss man an einen kongenitalen Fehler denken.*

2. Fall. 13-jähriges Kind; starke, *rechtskonvexe lumbodorsale Skoliose*; an derselben Stelle findet man die Processus spinosi scheinbar in zwei Reihen angeordnet; *es handelt sich offenbar um diastasierende Bogenhälften;* die scheinbaren Processus spinosi sind die Bogenrudimente beider Seiten.

3. Fall. Bei einem neugeborenen Kinde wurde eine leichte, *linkskonvexe Totalskoliose* beobachtet. Die Skoliose verschwand nach einiger Zeit, um im 9. Lebensjahre wieder in derselben Form und Stärke aufzutreten.

4. Fall. 18 Jahre altes Fräulein; bald nach der Geburt eine stärkere Einziehung der rechtseitigen Lumbalgegend und leichte Ausbiegung der Wirbelsäule im Sinne einer *linkskonvexen Lumbalskoliose.*

Die Fälle 3 und 4 beweisen, dass auch leichte Fälle auf kongenitalen Ursachen beruhen können; welcher Natur die kongenitale Veränderung

sein mag, kann nicht entschieden werden. (Ungleiche Ausbildung beider Hälften eines Wirbels.)

Folgt eine Uebersicht der in der Litteratur aufgefundenen Fälle von kongenitalen Skoliosen und zwar nach folgendem Einteilungsprincip geordnet:

I. *Kongenitale Skoliosen.* (Auch anderweitige Deformitäten.)

II. *Kongenitale Skoliosen mit Spina bifida.* (Mit oder ohne anderweitige Deformitäten.)

III. *Kongenitale Skoliose mit anderweitigen Deformitäten.* (Ohne Spina bifida.)

Aus der Statistik geht hervor, dass die bis heute publizierten, angeborenen Skoliosen, soweit anatomische Untersuchungen oder Röntgenbilder einen genaueren Einblick gestatten, grösstenteils auf dem Fehlen oder der mangelhaften Ausbildung einer Wirbelkörpershälfte und der Intervertebralscheiben beruhen; als ursächliche Momente kämen eventuell in Betracht: Abnorme, intrauterine Belastung, Ernährungsstörung, Paralyse, Entzündung etc.

7 Abbildungen sind beigegeben.

Anmerkung des Referenten. Dass die Kenntnis der kongenitalen Skoliosen für den wissenschaftlichen Geburtshelfer absolut notwendig ist, wird derjenige sofort begreifen, der sich auch nur einigermassen in dem ausgezeichneten Werk von *Prof. Bayer*: « *Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe* », umgesehen; dort findet er im zweiten Heft des ersten Bandes interessante Aufschlüsse über « Das Becken und seine Anomalien ». Siehe diesen Jahrgang unter « Ausländische Litteratur » das Referat des II. Heftes des *Bayer'schen* Opus.

Dr. V. Batouleff, Bulgarien:

Die Morbidität und Mortalität der Embryotomie.

La morbidité et la mortalité dans l'embryotomie.

(Céphalique, cervicale et rachidienne.)

(Lausanne 1902.)

Die vorliegende Arbeit ist auf Anregung von Prof. Rapin entstanden; sie bildet einen Bruchtheil einer in Aussicht gestellten grösseren Publikation: « *Ueber die Morbidität und Mortalität der geburtshülflichen Operationen* ».

In statistischer Hinsicht wurde folgendes Material verwendet:

Beobachtungen der *Maternité in Lausanne*, Beobachtungen von Dr. Cordes, in Genf, von Dr. Walthard, in Bern, von Dr. Boos, von Dr.

HOLZ, von Dr. Bernhard TEHRE, von Dr. ALEXANDROFF aus der Ber-
ner Frauenklinik; Beobachtungen aus der *Baudelocque'schen Klinik*, nd aus der *Maternité in Paris*, sowie aus den Gebärhäusern von *Chamtier de Ribes* und von *Bar*. (Maternité de l'hôpital St-Antoine, Paris.) as Material jeder einzelnen, erwähnten Klinik, oder jedes einzeln erähnten Autors wird zuerst geordnet für sich besprochen und die erhalnen Tatsachen unter sich verglichen.

ALLGEMEINE STATISTIK

Es wurden 348 Fälle von Embryotomie zusammengestellt; 254 mal urde die zerstückelnde Operation am todten Kinde und 49 mal am benden Kinde ausgeführt; 45 mal sind keine diesbezüglichen Angaben macht.

Von den 348 operativ behandelten Fällen stellten sich 54 mal (15,5%) ankhafte Processe im Wochenbett ein; 25 Frauen ($7\,{}^{1}/_{8}$%) starben; davn fallen der Embryotomie nur 11 Fälle zur Last (3,16%); 98 mal wurde e Operation bei normalen Beckenverhältnissen gemacht und 190 mal i Beckenanomalien; die ersteren 98 Fälle wiesen 21 pathologische Wonenbetten und 3 Exitus auf, gegen 35 Fälle von Morbidität des Wochenettes und 8 Todesfälle bei der zweiten Categorie.

Es wird des weitern auf die Primiparität und Pluriparität und auf die rt der Operationen (Craniotomie, Basiotripsie, cervicale und thoracale mbryotomie) näher eingegangen.

1) *Die Prognose der Embryotomie, ihrer Natur nach absolut ungünstig ir das Kind, ist für die Mutter relativ günstig, besonders seit der Einihrung strenger, antiseptischer Massregeln.*

2) *Wenn man bedenkt, dass die Mortalität der Embryotomie stets abimmt, so ist zu hoffen, dass die Zeit nicht mehr ferne liegt, in der die ntiseptischen Massnahmen derart in Fleisch und Blut der bei der Geburt teiligten Personen übergegangen sein werden, dass die Embryotomie als ne ungefährliche Operation bezeichnet werden kann.*

3) *Die Craniotomie gibt die beste Prognose; dann erst folgt die Basioipsie und zuletzt cervicale und thoracale Embryotomie, deren Vorherige relatif ernst ist.*

Folgen in übersichtlichen Tabellen die in der Litteratur zusammenesuchten Beobachtungen.

Dr. A. Bérésowski, Moskau:

Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt.

Contribution à la statistique de l'accouchement prématuré provoqu

(Imprimerie Ch. Guex, Lausanne, 1903.)

Die vorliegende Bearbeitung ist auf Veranlassung von Prof. Rap entstanden; sie bildet, wie bereits andere referierte Dissertationen, ei Glied einer später zu erscheinenden « *Statistik sämtlicher geburtshül licher Operationen* ».

Es folgen zuerst 15 einschlägige Beobachtungen aus der *Lausanne Entbindungs-Anstalt.* Die fünfte Beobachtung ist ganz besonders int ressant, weil der künstlichen Frühgeburt eine *Symphyseotomie** folgt

Das Material folgender Kliniken wird des weitern ebenfalls in Berück sichtigung gezogen: *Hôpital St-Antoine,* Paris; *Clinique Baudelocque* Paris; *Hôpital St-Antoine,* Lille; *Charité,* Berlin; *Frauenkliniken* vo *Jena, Halle, Königsberg, Tübingen* (unter Säxinger und Döderlein *Marburg, Göttingen, Kiel, Zürich* und *Glasgow***.

Folgende Kapitel werden dann der Reihe nach eingehender besproche

Vergleich von rechtzeitigen Geburten und künstlichen Frühgeburte bei einer und derselben Frau.

Grenzen der Beckenverengerung bei künstlicher Frühgeburt, innerhal welcher gute Resultate zu erlangen sind.

Methode der Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Einfluss der geburtshülflichen Operationen der Austreibungs-Period auf das kindliche Leben.

Kinder-Mortalität im Momente der Intervention und Mütter-Mor talität.

Schlussfolgerungen: 1) *Die künstliche Frühgeburt gibt während d 33.-36. Woche die besten Resultate.*

2) Die günstigsten Beckenverengerungen zur Einleitung der künst lichen Frühgeburt bewegen sich zwischen 8 und 9 cm.

* *Thèse de Lausanne* 1896: *Dr Ceresole:* « Contribution à l'étude de la symph séotomie ».

** Es ist zu bedauern, dass die *Berner-Frauenklinik* ausser Betracht gelass wurde, da gerade dort, infolge der Häufigkeit der pathologischen Beckenformen, reiches, publiciertes Material zu finden gewesen wäre.

3) *Die* KRAUSE'*sche Methode ist am geeignetsten zur Einleitung der nstlichen Frühgeburt, man kann sie mit Intrauterin-Injektionen kom- ieren.*

l) *Die Methode zeitigt ca. 52 $^0/_0$ Geburten mit spontaner Austreibung d ca. 69 $^0/_0$ lebende Kinder.*

i) Des weitern ist die Austreibung der Frucht innert zwei Tagen (in ei von drei Fällen) beendet.

i) Vom Standpunkt der Infektion aus ist diese Methode ungefährlich l $^0/_0$ Temperaturerhöhungen), während bei der Ballon-Applikation bis 10,4 $^0/_0$ Temperatursteigerungen auftreten und 6,25 $^0/_0$ Mortalität ch Infektion verzeichnet werden.

) So viel wie möglich soll vermieden werden, mehrere Methoden bei er und derselben Gebärenden in Anwendung zu bringen. (Gefahren Infektion durch wiederholte Untersuchungen und Einführung von hreren Instrumenten.)

Dr. R. BING, Basel:

Ueber angeborene Muskel-Defecte.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Basel:
Prof. Dr. Kaufmann.

(Druck von Georg Reimer. Berlin, 1902.)

ach einem Ueberblick über die uns beschäftigende Frage teilt BING n neuen Fall mit, der zur Autopsie kam und der die Gelegenheit ot, mikroskopische Untersuchungen an restirenden Muskelportionen unehmen.

ach einem Résumé der Ergebnisse der Fälle von ERB, DAMSCH und ESINGER, formulirt BING das Resultat seiner Untersuchungen (mit ster Reserve) folgendermassen:

Bei einem Falle seit frühester Kindheit bestehenden, stationär geblie- n Defekts der Sternocostalportion des rechten Pectoralis major, sowie Pectoralis minor derselben Seite, erwies sich eine Reihe von Muskeln Schultergürtels — und zwar auch der andern Seite — mikroskopisch, . auch makroskopisch, z. T. auch klinik als erkrankt.

ie kongenitalen Muskeldefekte betreffen am häufigsten diejenigen Mus- , die häufig und frühzeitig bei Dystrophia musculorum progressiva runde zu gehen pflegen. »

Wenn die bis jetzt publizirten Fälle von Muskeldefekten Anhaltspunkte für die Auffassung derselben als Endresultat eines nach seinem Ablaufe stationär gebliebenen, pathologischen Processus geben, so müssen doch auch derjenigen Tatsachen gedacht werden, die zu Gunsten der Auffassung einer angeborenen Missbildung sprechen.

Man hat beobachtet: Syndactylie mit Schwimmhautbildung, Knochendefekte am Thorax, Anomalien der Wirbelsäule, Verkürzung oder Atrophie des Arms der betreffenden Seite, Anomalien der Scapula, Medianlagerung des Herzens, Entwicklung überzähliger Muskeln, Hemiatrophie des Gesichts, Nævi vasculosi, Entwicklungsstörungen des Gehirns, Atresia ani vaginalis, Rippen- und Kreuzbein-Defecte, Flughautbildung, Astigmatismus, Uvula bifida, etc.

Nach Durchsicht der einschlägigen Casuistik ist es unmöglich, der Wagschale zu Gunsten einer der beiden Eventualitäten (Krankheit oder Missbildung) den Ausschlag zu geben.

Dr. E. Cohnheim, Lausanne:

Ueber Ovarialschwangerschaft.
De la Grossesse ovarienne.

(Imprimerie J. Studer, Genève, 1903.)

Die Arbeit bringt eine kasuistische Uebersicht der Ovarialschwangerschaften, aus der folgende Schlüsse gezogen werden:

1) *Es gibt eine Ovarialschwangerschaft, aber sie ist viel seltener als die Tubarschwangerschaft.*

2) *Die Ovarialschwangerschaft kann das normale Schwangerschaftsende erreichen; die Ruptur ist nicht so häufig, wie bei der Tubengravidität. Von 19 Ovarialschwangerschaften sind 8 ausgetragen worden und nur 2 rupturiert.*

3) *Die Ovarialschwangerschaft scheint ihren Sitz im Graaf'schen Follikel zu haben; dahin gehören die Fälle von* van Toussenbroeck, *[illegible]* Mendes de Léon *und von* Gottschalk.

4) *Die pathognomonischen Zeichen der Ovarialschwangerschaft sind folgende:*

a) Das Fehlen des Ovariums der erkrankten Seite.

b) Die Integrität der correspondierenden Tube.

c) Der Sitz der Placenta.

5. *Die Behandlung der Ovarialgravidität ist eine operative (Laparomie).*

Die vorliegende Dissertation ist auf Veranlassung und unter Führung n Prof. MURET entstanden.

Dr. G. VON DESCHWANDEN, Kerns:

Klinische Beiträge zur Aether-Narkose.

(Druck von Josef Müller, Sarnen, 1902.)

Die Einleitung befasst sich mit einem geschichtlichen Ueberblick « der therfrage » in der Schweiz; dann folgen nach dem JUILLARD'schen hema zusammengestellt, kurze Angaben von 2850 Aether-Narkosen, e. unter DUMONT* in Bern, seit dem Jahre 1886 ausgeführt worden sind. Die aus diesen Angaben gezogenen Schlüsse lauten folgendermassen:

1) *Der Aether ist ein vorzügliches Narkoticum und in der Mehrzahl r Fälle dem Chloroform vorzuziehen.*

2) *Der Aether ermöglicht eine vollständige Narkose, sowie eine völlige tspannung der Muskeln, so dass er auch für alle* **gynækologischen** **lle,** *für Laparotomien, unbeachtet der Zeitdauer des Eingriffes, zu emhlen ist.*

3) *Der Aether ist auch bei Herzfehlern und Schwächezuständen des rzens gestattet, wo Chloroform meistens contraindiziert ist; ebenso eig: sich Aether besser bei Alkoholikern der geringen Gefährlichkeit wegen, Chloroform.*

4) *Eine Altersgrenze zur Anwendung des Aethers gibt es nicht.*

5) *Eine Gegenanzeige gegen den Aether von Seiten der Nieren existiert ht. Bestehende Nierenaffektionen werden durch die Aethernarkose ht verschlimmert. Die bisweilen nach Aether beobachtete Albuminurie eine vorübergehende und durchaus harmloser Natur.*

6) *Bei bestehenden, akuten Lungenaffektionen ist der Aether kontraiziert.*

) *Das Erbrechen ist bei Aethernarkosen jetzt schon weniger häufig, bei Chloroform und lässt sich durch Kombinationen mit andern Narcis wahrscheinlich noch vermindern.*

Siehe diesen *Jahrgang*, im Kapitel « *Verschiedenes* » : *B. Referate* etc. : *Prof. Dumont :* « Handbuch der allgemeinen und lokalen Anæsthesie ».

8) *Die Kombinationen des Aethers mit Chloraethyl, mit Morphium, mit Morphium-Atropin, mit Ol. pumilionis erweisen sich je nach dem Zweck, den man im Auge hat, als vorteilhaft.*

9) *Das Erlernen und Einüben des Aetherisierens ist zur Erzielung eines glatten Verlaufes der Narkose erforderlich.*

Dr. Z. Duchinoff, Saratow, Russland:

Riesenzellensarcom des Uterus mit Knorpelinseln*.
Sarcoma enchondromatosum gigantocellulare corporis uteri.

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.
(Druck von J. F. Kobold-Lüdi, Zürich, 1902.)

Die von Duchinoff untersuchte Geschwulst stammt von einer 57jährigen Frau, die vier Geburten durchgemacht hatte, von denen die erste (1875) eine Fehlgeburt, die übrigen Schwangerschaften und Wochenbette aber vollkommen normal waren. Mit 51 Jahren trat Patientin in die Climax ein. Im April 1900 trat plötzlich eine 8tägige Blutung, verbunden mit krampfartigen Schmerzen, auf. Anfangs März 1901 hatte die Kranke wieder während 8 Tagen Blutungen und starke Schmerzen im Kreuz; auch will sie schon seit zirka 1 Jahre Schmerzen in der linken Leistengegend verspürt haben. Ende März 1901 trat neuerdings eine 3-tägige Blutung ein mit heftigen, wehenartigen Schmerzen. Dann ging ein gewebiger, grosser Klumpen ab, der sich mikroskopisch als « Fasersarkom » entpuppte. Totale Uterusexstirpation.

Duchinoff handelt der Reihe nach folgende Kapitel ab: 1) *Mikroskopisches Aussehen der Neubildung;* 2) *Mikroskopische Untersuchung;* 3) *Riesenzellen;* 4) *Knorpelbildung;* 5) Russell'*sche Körperchen* (hyaline Kugeln); 6) *Hyaline Gefässwanddegeneration* und 7) *Diffuse hyaline Degeneration der Geschwulst.*

Am Schlusse der Arbeit werden die Grundzüge der erhobenen Befunde in folgenden Sätzen zusammengefasst:

« 1. Der vorliegende Tumor ist ein Myom, das zu einem polymorphen Sarkom mit Riesenzellen und Knorpelinseln degeneriert ist.

* Siehe Gyn. Helvet. III, pag. 30: *Dr P. Kworostansky:* Chondrofibrom des Uterus.

2. Die Riesenzellen, durch verschiedene Zellteilungstypen und Conuenz entstanden, sind für den Tumor nicht spezifisch, sondern durch gend welche Zufälligkeit, vielleicht eine hydropische Protoplasmaschäigung, entstanden.

3. Der faserige und hyaline Knorpel, mit eigentümlichen Zelleinhlüssen, wird metaplastisch, direkt aus dem Binde- und Sarkomgewebe, ebildet.

4. Der Prozess beginnt mit Hyalinwerden der Grundsubstanz, worauf ie Umwandlung der Tumorzellen zu Knorpelzellen folgt, wodurch man

5. auf die Vermutung geleitet wird, dass die Knorpelbildung durch ne gewisse Neigung der Geschwulst zur Hyalinbildung erklärt werden önne, die ihren Ausdruck in den Russell'schen Körperchen, im Hyalin m die Gefässe herum und in einer diffusen, hyalinen Degeneration des roma des Tumors findet.

6. Das begünstigende und ursächliche Moment der hyalinen Degenetion könnte vielleicht im Säfte- und Gefässreichtum, in der Stauung nd einem hydropischen Zustande der Gewebe gesehen werden, das aus efässgeflechten, Thromben, Blutextravasaten, ödematöser Durchtränkng der Gewebe und aus dem Auftreten des Schleimgewebes an einzeln Stellen ersichtlich wird.

7. Der Prozess der Knorpelbildung verläuft in einem der Tumoren it reichlichen Mitosen im Sarkomgewebe, der ausser der hyalinen Deneration und der durch Blutextravasate und Druck bedingten Gewebskrosen keine anderen regressiven Erscheinungen, weder Verkalkung ch Verfettung, zeigt.

8. Die Knorpelbildung ist als regressive Erscheinung im Tumor auffassen.

9. Der Knorpelbefund ist nicht für irgend eine einheitliche Geschwulstt typisch. Vielmehr finden wir die Knorpelbildung in Myomen, Fibroen und Sarkomen, sei es in traubenförmigen Sarkomen der Cervix, sei in submucösen und diffusen Sarkomen des Corpus uteri. Manche von n Knorpelgeschwülsten kommen subserös vor. Einzig und allein ist für der Säfte- und Gefässreichtum charakteristisch. »

29 lithographische Abbildungen erläutern auf's Beste den Text.

Das Litteraturverzeichniss führt 118 Arbeiten an.

Dr. R. Efron, Mohiloff, Russland:

Ueber angeborene, idiopathische Herzhypertrophie.

Aus dem Kinderspital in Zürich:
Prof. Dr. O. Wyss.
(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1903.)

Zuerst folgt ein 14 Seiten starkes Kapitel: « *Ueber idiopathische He hypertrophie* », dann wird zum eigentlichen Thema übergegangen: « *L angeborene, idiopathische Herzhypertrophie* ».

Bednar, Henoch, Mayr und Benecke haben einschlagende Fälle p bliziert.

Efron fügt nun zwei weitere Beispiele hinzu, wovon der eine im Ki derspital in Zürich und der andere in der konsultativen Praxis von Pr Wyss zur Beobachtung kamen.

1. 6-monatliches Kind, seit 2 Monaten starker Husten: *Lungenkatarrh und co genitaler Herzfehler.* Vorwölbung der Herzgegend und Verstrichensein der link Intercostalräume; Herzaktion sichtbar und verbreitert, von der 4. zur 6. Rippe i und ausserhalb der Mammillarlinie.

Sektionsprotokoll: Das Herz ist kolossal gross, von rundlicher For die maximale Länge beträgt 9 cm, die grösste Breite 7 cm. Das Herz i 8 mal so gross wie die Faust des Kindes; die Herzspitze wird vom link und rechten Ventrikel gebildet. Klappen glatt und blass. Foramen ov nicht offen. Das linke Herz ist sehr stark dilatiert und hypertrophi Die Mitralklappe hat grosse Noduli Arantii, schlussfähig. Das Ostiu der Aorta ist unverändert, ebenso die Aorta selbst uud ihre Semilun klappen zart und normal. Die Muskulatur des Herzens ist von durc guter, kräftiger Beschaffenheit.

2. 10 Monate alter Knabe; langsames Gedeihen; Lungenentzündung (?); tische Symptome am Thorax und an andern Knochen. Dämpfung über der g linken Thoraxseite. Die Herzgegend des Thorax war deutlich vorgewölbt und b eine Voussure; die Herzbewegungen waren stark und diffus; die ganze linke Th hälfte ergab gedämpften Percussionsschall und man vermisste vorn und hinten nicht nur vesiculäres, sondern überhaupt jedes Atemgeräusch. Herztöne laut rechte Herzgrenze überragte bedeutend den rechten Sternalrand nach rechts.

Sektionsprotokoll (Dr. Sturzenegger): Linke Lunge vollständig lectatisch, platt gedrückt; 35 gr. schwer. Herz kolossal vergrösser

len Teilen hypertrophisch, jedoch ohne Veränderungen der Ostien und lappen. Herz (ohne Blut) 157 gr. schwer, zeichnete sich durch seine gentümliche, auch nahe der Spitze breite Form aus. 10 cm. Länge. eide Herzhälften zeigen starke Hypertrophie der Muskulatur. Die Herz-itze wird vom rechten und vom linken Herzen gebildet.

Die *mikroskopische Untersuchung* des Herzens des ersten Falles ergab, ss die Muskelfasern wirklich eine wahre Volumszunahme erlitten hat-n, wobei der mittlere Querdurchmesser mehr als auf das Doppelte ge-iegen war; von pathologischen Veränderungen konnte nichts nachge-iesen werden.

Bezüglich der *Ursache der vorliegenden Herzhypertrophie* sind Klap-enerkrankungen, Nierenerkrankungen und fötale Endocarditiden aus-schliessen und es bleibt gar nichts anderes übrig, als eine *angeborene, iopathische Herzhypertrophie* anzunehmen, also eine Erkrankung, für eren Ursache wir noch keine Erklärung geben können und die man mit em « *fœtalen Riesenwuchs* » vergleichen könnte.

Dr. Paul Jung, Bern:

Zur Kritik der Reifezeichen der Frucht.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Bern:
Prof. Dr. P. Müller.

(Buchdruckerei C. u. S. Gœller, Strassburg i. E., 1902.)

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit soll in erster Linie darin be-tehen, zu untersuchen, wie oft die von den Autoren als zuverlässig an-egebenen Reifezeichen sich einzeln, und wie oft und welche sich gleich-eitig, zusammen bei reifen Neugeborenen, finden. — Zu diesem Zwecke urden 132 Neugeborene gemessen; davon sind nach den Angaben der lütter zu schliessen 109 sicher ausgetragen.

Die Schlussfolgerungen, die Jung aus seinen 132 untersuchten und in abellenform übersichtlich zusammengestellten Fällen zieht, lauten fol-endermassen:

1) Die Kriterien der Reife, wie sie allgemein angegeben worden sind ur Reifebestimmung der Frucht, sind nur in Rücksicht auf die Gesamt-ntwicklung des Neugeborenen und niemals einzeln für sich allein ver-ertbar.

2) An Häufigkeit bezüglich ihres prozentualen Vorhandenseins steh[en] ungefähr auf gleicher Stufe: Lanugo, Saugbewegungen, Stimme, Kn[or]pel, Nägel- und Hautfarbe 89—95 %; bedeutend seltener ist es die B[e]schaffenheit der Genitalien 73 % und am seltensten die sofortige Stu[hl]entleerung 51 %.

3) Das Verhältnis von Schulterumfang zum horizontalen Kopfumfa[ng] (Frank) steht bezüglich der Häufigkeit seines Vorhandenseins etwa a[uf] derselben Stufe wie die sub 2 genannten: 93,2 %, sofern man das Kr[i]terium als vorhanden ansieht, wenn der Schulterumfang nicht nur grö[s]ser, sondern gleich gross ist wie der horizontale Kopfumfang. Sei[ne] praktische Verwertbarkeit ist beschränkt, sowohl durch die verhältni[s]mässig grosse Schwierigkeit, das Mass exakt zu nehmen, als ganz beso[n]ders durch die Unmöglichkeit der Verwendung an toten Früchten od[er] an solchen, wo es unsicher ist, ob und wie lange sie « post partum » gel[eb]t haben.

4) Bestimmt reife Kinder unter 48 cm Körperlänge, unter 2000 g Gewicht und unter 32 cm horizontalem Kopfumfang kommen sicher vor; eine Festsetzung einer absoluten untern Grenze für die Körperma[sse] zur Reifebestimmung ist unzweckmässig und kann leicht zu irrtümlich[en] Schlüssen führen.

5) Das Körpergewicht ist als Massstab für die Gesamtentwicklung ein[er] Frucht nicht zu verwerten; zur Grösse der übrigen Körpermasse un[d] zur Häufigkeit des Vorhandenseins anderer Reifezeichen steht es in kei[]ner regelmässigen Beziehung.

6) Zwischen Kindern von Erst- und Mehrgebärenden ist nur beim Ge[]wicht ein Unterschied, zu Gunsten solcher von Mehrgebärenden, nach[]zuweisen; wohl aber sind Masse sowohl als das Gewicht bei Knaben grö[s]ser als bei Mädchen, dies gilt dagegen nicht bezüglich der Häufigkeit d[es] Auftretens der übrigen Reifezeichen.

7) Die Grösse des Körpergewichts steht in direktem Zusammenhan[g] mit dem Alter der Mutter; es nimmt zu, mit demselben, bis zum 25.-3[0.] Jahre und sinkt von diesem Zeitpunkt an allmählig wieder von ein[er] Altersstufe zur folgenden. Dasselbe gilt für die übrigen Körperma[sse] wenigstens insofern, als, wenn auch nicht eine regelmässige Zunahm[e] und Abnahme nachweisbar ist, so doch eine wesentliche Zunahme d[er] Körpermasse der Frucht nach dem 30. Lebensjahre der Mutter nic[ht] mehr stattfindet.

8) Zwischen « reif » und « ausgetragen » herrscht ein prinzipieller ıterschied; es kommen reife Kinder vor, die nicht vollständig ausgeıgen sind.

Anmerkung des Referenten: Aus der *Berner-Klinik* kommen noch speziell zwei itere einschlagende Arbeiten in Betracht: *Dr Helene Bulan*: Die reife Frucht. Diss. Bern 1878. Unter 100 untersuchten Neugebornen fand *Bulan* unzweifelhaft fe Früchte von nur 45 cm. Länge und:

Dr Max Frank, Altona-Hamburg:

Ueber den Wert der einzelnen Reifezeichen der Neugeborenen.

(Arch. f. Gyn., Bd. 48, Heft 1).

Die Frank'schen Schlussfolgerungen sind die folgenden:

1) Es gibt kein Zeichen, dessen Vorhandensein allein für sich berechgte, ein Neugeborenes für reif zu erklären.

2) Es sind bei der Beurteilung der Reife alle oben erwähnten Kriterien ıd der Allgemeineindruck gleichzeitig in's Auge zu fassen.

3) Jeder Fall ist für sich zu betrachten und genau zu individualisieren.

4) Am ersten ist dabei auf die Länge und das Gewicht Rücksicht zu ehmen, jedoch nicht allein auf ihre absoluten Werte. sondern vor allem ıch auf das Verhältnis beider zu einander.

5) Dann ist von Wichtigkeit das Verhältnis des Kopfumfanges zum chulterumfang. In Fällen, in welchen wir den Schulterumfang grösser nden als den horizontalen Kopfumfang, werden wir nur selten einen ehler begehen, wenn wir das Kind für reif erklären.

6) Demnächst ist noch der Kopfumfang und zwar der horizontale für ch allein zu berücksichtigen, jedoch nur soweit, als man der allgemeien Erfahrung gemäss sagen kann, dass ein Kopfumfang unter 32 cm aum einem reifen Kinde zukommt. Werte über 32 cm können sich soohl bei reifen, als auch bei unreifen Kindern vorfinden.

7) Die Eigenwärme der Kinder kann nur unter bestimmten Verhältissen von Wichtigkeit sein, indem eine geringe Höhe derselben, speziell 'emperaturen von 32° und 34°, uns in zweifelhaften Fällen eventuell abalten werden, ein Kind als reif zu betrachten, vorausgesetzt, dass es geund ist und nicht tief asphyktisch war.

8) Das Vorhandensein von Lanugo und Comedonen, die Beschaffenheit ler Knorpel, der Fingernägel und der Genitalien gibt uns eine nur wenig

zuverlässige Richtschnur an die Hand. Sie dürfen erst in letzter Linie als eventuelle Stütze unserer schon aus anderen Momenten gewonnenen Ansicht herangezogen werden.

9) Ganz ohne Wert sind Angaben über die Nabelschnurinsertion, Abfall der Nabelschnur, Gewicht der Placenta, Beschaffenheit des Blutes sowié die Masse der grossen Fontanelle.

10) Man achte bei der Beurteilung der Reife eines Kindes auch auf das Geschlecht desselben und auf die Anzahl der vorausgegangenen Geburten der Mutter.

11) Man tut bei der Abgabe seines Urteils besser, einen mehr positiven Standpunkt einzunehmen, d. h. seine Meinung mehr nach den vorhandenen Eigenschaften zu richten; als sich durch eventuelles Fehlen dieses oder jenes Symptomes beeinflussen zu lassen.

12) Es wird Fälle geben, in welchen es schwer ist, einen Entscheid zu treffen, in denen man nicht mit Sicherheit ein Urteil über den Reifezustand abgeben kann, was leicht begreiflich ist, da die Entwicklung allmählig fortschreitet und deshalb Uebergangsformen zur Beobachtung kommen müssen.

13) Man hüte sich im einzelnen Fall, die Begriffe « reif » und « ausgetragen » einander gleich zu setzen.

Dr. A. Moosmann, Emmenbrücke, Kt. Luzern :

Ueber Gesichts- und Stirnlagen der Berner Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik in den Jahren 1874—1901.

Prof. Dr P. Müller.

(Buchdruckerei H. Keller, Luzern, 1903.)

Moosmann gibt eine sehr sorgfältige Bearbeitung des *Berner Materials*; wo es zum Verständnis und zur bessern Uebersicht notwendig erscheint, werden *Tabellen* beigegeben; die einzelnen Kapitel sind mit orientierenden Ueberschriften versehen und enthalten zahlreiche Zusammenfassungen (87 Seiten).

Von 1874—1901 kamen im *Berner Frauenspital* 10,428 klinische und 9297 poliklinische Geburten zur Beobachtung; von diesen waren 171 Gesichtslagen (95 klinische und 76 poliklinische) und 44 Stirnlagen (22 kl

sche und 22 poliklinische). Ende der Arbeit fasst MOOSMANN die, aus m gut durchstudierten Material gezogenen Schlussfolgerungen, *der eihe nach* zusammen:

1. Wir haben an der *Berner Anstalt* 0,86 % Gesichtslagen und 0,225 % irnlagen, also eine grössere Frequenzzahl für diese Deflexionslagen, als ? im Durchschnitt anderswo angegeben wird. Die Ursachen dieser össern Häufigkeit sind besonders die hier zahlreicher vertretenen, gen Becken und congenitalen Strumen.

Aetiologie.

2. Bei unsern Gesichtslagen berechnen wir 37,36 %, bei unsern Stirngen 40,9 % enge Becken.

3. In Bern kommen bei Gesichts- und Stirnlagen die engen Becken lativ häufiger vor, als wie sie anderswo im Durchschnitt, bei diesen gen, angeführt werden. Dabei spielt wahrscheinlich das hier in grösrer Zahl vorkommende allgemein verengte Becken eine ursächliche olle.

4. In Bern findet man das enge Becken relativ doppelt so häufig bei esichtslagen als bei allen Geburten im allgemeinen, bei Stirnlagen noch was häufiger.

5. Das enge Becken hat eine hohe Bedeutung für die Aetiologie der esichts- und Stirnlagen.

6. Die Deflexionslagen entstehen besonders bei geringen Graden von eckenenge.

7. Die Zahl der I. para steht zur Zahl der m. para ungefähr im gleien Verhältnis bei unseren Deflexionslagen mit engem Becken, wie die hl der I. para zur Zahl der m. para bei unsern Deflexionslagen überupt.

8. Bei unsern Gesichtslagen mit engem Becken kommen 44 % platte nd 53 % allgemein verengte Becken vor; also ist die Anteilnahme jeder eser beiden Beckenarten an unsern Gesichtslagefällen relativ ungefähr eich gross, wie deren Anteilnahme an allen hier vorkommenden Gerten im allgemeinen.

9. Bei unsern Stirnlagen mit engem Becken kommen 22,22 % platte nd 77,78 % allgemein verengte Becken vor; also ist hierbei das Mengenrhältnis dieser beiden Beckenarten relativ verschoben, zu Gunsten des

allgemein verengten Beckens, wenn man zum Vergleich das hier sonst vorkommende Verhältnis bei allen Geburten im allgemeinen heranzieht.

10. Zur Entstehung von Gesichts- und Stirnlagen bei engem Becken hilft besonders mit ein mechanischer Widerstand (Kopf oder Becken oder beide zusammen) im queren Durchmesser des Beckens.

11. Das einfach platte oder rhachitisch platte Becken verursacht als solches allein höchst selten eine Stirnlage, wenn der kindliche Kopf nicht gross ist, eher schon eine Gesichtslage, für welche in einzelnen Fällen die Plattheit des Bekens als solche verantwortlich zu machen ist.

12. Mehrgebärende haben grössere Prädisposition für Gesichtslage als Erstgebärende und bei Stirnlagen ist das relative Vorwiegen der Mehrgebärenden noch ausgesprochener.

13. Gesichts- und Stirnlagen sind bei Vielgebärenden (mehr als 5 Gebärenden) besonders häufig im Vergleich mit II.—V. Gebärenden und im Vergleich mit Mehrgebärenden insgesamt.

14. Lageanomalieen des Uterus bilden ein wichtiges ätiologisches Moment zur Entstehung unserer Deflexionslagen. Wir haben solche in 40,94 % unserer Gesichtslagen und in 47,73 % unserer Stirnlagen.

15. Bei unsern Gesichts- und Stirnlagen überwiegen relativ die zweiten Lagen die ersten an Zahl, wie ja das von den meisten Autoren so gefunden wird, ohne dass man aber, wie das Olshausen tut, für dieses relative Ueberwiegen in unsern Fällen die grössere Häufigkeit der Dextroversion des Uterus zur Erklärung heranziehen könnte.

16. Das höhere Alter der Mütter, besonders der I. para, gibt zufolge veränderter Weichteile und zufolge grösserer Kinder ein wichtiges ätiologisches Moment ab für Entstehung der Gesichtslage. Gleiches scheint für Stirnlagen der Fall zu sein.

17. Gerade wie der endemische Cretinismus herangezogen werden kann zur Erklärung der Häufigkeit des allgemein verengten Beckens in hiesiger Gegend, so hat dieser endemische Cretinismus wohl auch seinen Schuldanteil an den häufigeren Deflexionslagen zufolge des engen Beckens der Mütter und zufolge congenitaler Strumen der Kinder.

18. Das Gewicht der in Gesichtslage geborenen Kinder übersteigt durchschnittlich das normale Gewicht um 41 Gramm; die Länge der in Gesichtslage geborenen Kinder bleibt durchschnittlich unter der normalen Länge um fast 1 cm zurück. Das relative Ueberwiegen des Gewichtes gegenüber der Länge ist eine häufige Ursache für Entstehung der Ge-

chtslage nach Ahlfeld. Unsere Fälle scheinen mit der Annahme Ahl-ELDS übereinzustimmen.

19. Zufolge unserer Stirnlagefälle müssen wir uns *Heckers* Bemerkung nschliessen, dass die in Stirnlage geborenen Kinder in der Regel ein iedrigeres Gewicht haben.

20. Wir haben bei unsern Deflexionslagen im Durchschnitt grössere öpfe als sonst im allgemeinen, und wir halten das für ein ätiologisches oment.

21. Wir haben bei unsern Deflexionslagen keine bedeutende Verschie-ıng des Verhältnisses zwischen Anzahl der Knaben und Anzahl der ädchen gegenüber der Allgemeinnorm.

22. Im Falle bei einer gewissen Anzahl von Deflexionslagen ein sehr osser Kopf besonders häufig ein wichtiges ätiologisches Moment abgab ır Entstehung der Deflexionslage, so wird man wohl auch bei dieser nzahl von Deflexionslagen auf ein relatives Ueberwiegen der Zahl der naben vor den Mädchen gefasst sein müssen.

23. Kleine, unreife Früchte werden relativ häufiger in Stirnlage ge-ren als in Gesichtslage.

24. Abnorme Beweglichkeit der Frucht und des Kopfes üben einen be-utenden Einfluss aus zu Gunsten der Entstehung einer Deflexionslage.

25. Vorfall kleiner Teile haben wir bei unsern Deflexionslagen zahl-icher als er bei Schädellagen vorzukommen pflegt.

26. Den Nabelschnurumschlingungen messen wir bezüglich Aetiologie r Deflexionslagen keinen Wert bei.

27. Bezüglich Unterschied zwischen Aetiologie der Gesichtslagen und irnlagen vide pag. 35 und 36 (der Dissertation).

28. Von 125 in Gesichtslage m. para haben wir 12 Frauen, die schon iher Gesichtslagen aufwiesen.

29. Bei dem fünften Teil unserer in Gesichtslage Mehrgebärenden ben schon früher pathologische Verhältnisse der Frucht punkto Lage er Zahl bestanden.

30. Bei 56,8 % unserer in Gesichtslage Mehrgebärenden sind die iheren Geburten ohne irgend welche Komplikationen verlaufen.

31. Von 44 in Stirnlage m. para haben wir 2 Frauen, die schon früher flexionslagen aufwiesen.

32. Bei dem neunten Teil unserer in Stirnlage Mehrgebärenden haben ıon früher pathologische Verhältnisse der Frucht punkto Lage oder hl bestanden.



33. Bei 19 unserer 35 in Stirnlage Mehrgebärenden sind die früheren Geburten ohne irgend welche Komplikationen verlaufen.

34. Primäre Gesichtslagen haben wir 2 zu verzeichnen.

Geburtsverlauf.

35. Der um seine Querachse vor- oder rückwärts rotierende Kopf wird in einer bestimmten Phase dieser Rotation durch gewisse Hindernisse festgehalten oder durch gewisse Momente in dieser Rotation gefördert und so entsteht entweder die Gesichts- oder die Stirnlage oder auch wiederum eine andere Lage.

36. Die Drehung des Kinns nach vorn ist, gute Wehen vorausgesetzt, noch tief auf dem Beckenboden möglich.

37. Bei Gesichts- und Stirnlagen, besonders bei solchen mit engem Becken, erfolgt der Blasensprung relativ häufiger zu früh, als bei allen Geburten im allgemeinen.

38. Gesichts- und Stirnlagen verlängern die Geburtsperioden, und zwar die 1. Periode nicht bedeutend, hingegen ganz besonders die 2. Periode. Enges Becken macht diese Verlängerung der 2. Periode noch grösser.

39. Die Wehentätigkeit bei Gesichtslagen ist im allgemeinen eine ausserordentlich gute, bei Stirnlagen eine gute.

Prognose.

40. Die Morbidität der in Gesichtslage gebärenden Mütter ist — abgesehen von den Dammrissen — nicht erhöht, zufolge des Umstandes, dass eine Gesichtslage besteht; ebenso wenig die Mortalität.

41. Die Stirnlagen-Mütter haben eine weit grössere Morbidität als die Gesichtslagen-Mütter. Auch die Mortalität der Stirnlagen-Mütter scheint grösser zu sein.

42. Gesichtslage verschlechtert schon an und für sich allein die Prognose für die Kinder. Wir haben eine 3—4 mal grössere Kindersterblichkeit bei Gesichtslagen als bei Hinterhauptslagen. Beckenenge bei Gesichtslage verschlechtert die Prognose noch um mindestens das Doppelte.

43. Bei Stirnlagen haben wir eine 7—8 mal grössere Kindermortalität als bei Hinterhauptslagen. Beckenenge bei Stirnlage verschlechtert die Prognose für die Kinder bedeutend.

Therapie.

44. Die therapeutischen Erfolge besonderer Lagerung der Kreissenden sind bei Gesichtslagen unsicher, bezüglich deren spontaner Umwandlung in Hinterhauptslagen respektive bezüglich der Fixierung des künstichen Umwandlungsresultates.

45. Von unsern Gesichtslagegeburten verliefen spontan 85,38 %.

Von den spontan ausgetretenen Kindern starben zufolge des Geburtsvorganges 11,64 %.

46. Von unsern Gesichtslagegeburten verliefen operativ 14,62 %.

Von den operativ entwickelten Kindern starben zufolge des Geburtsvorganges 24 %.

47. Für Gesichtslagen ergibt sich:

a) Das enge Becken erfordert relativ häufiger therapeutische Eingriffe als das normale (1 ½—2 mal häufiger).

b) Die Resultate der spontanen Gesichtslagegeburten bei engem Becken sind punkto Erhaltung des kindlichen Lebens schlechter als bei normalem Becken, und zwar 1 ½—2 mal schlechter.

c) Die Resultate der operativ behandelten Gesichtslagegeburten bei engem Becken sind punkto Erhaltung des kindlichen Lebens zirka 3 ½ bis 4 mal schlechter als diejenigen der operativ behandelten Gesichtslagegeburten bei normalem Becken.

d) Dass bei Gesichtslagegeburten mit operativen Eingriffen die Prognose für die Kinder im allgemeinen schlechter ist, als die Prognose bei Gesichtslagegeburten mit spontanem Verlauf, ist einzig auf Rechnung derjenigen, operativer Behandlung bedürftiger Gesichtslagegeburten zu setzen, welche mit engem Becken verbunden sind. Die Prognose, der operativer Behandlung benötigender Gesichtslagegeburten mit normalem Becken, ist punkto Erhaltung des kindlichen Lebens gleich gut, wie die Prognose der Gesichtslagegeburten mit normalem Becken, welche keiner Operation bedürfen.

48. Die Gesichtslagegeburten nähern sich den Dystokieen und verlangen strengste Leitung der Geburt und eventuelle Kunsthülfe. Immerhin soll man mit letzterer so lange warten, als es mit dem Interesse von Mutter und Kind vereinbar ist.

49. Von unsern Stirnlagegeburten verliefen spontan 43,18 %.

Von den spontan ausgetretenen Kindern starben zufolge des Geburtsvorganges 15,79 %.

50. Von unsern Stirnlagen verliefen operativ 56,82 %.

Von den operativ entwickelten Kindern starben zufolge des Geburtsvorganges 44 %.

51. Die Stirnlagen mit engem Becken erfordern doppelt so häufig operative Eingriffe, als Stirnlagen mit normalem Becken.

52. Angesichts der ungünstigen Prognose der Stirnlagen für die Kinder dürfte die Frage der prophylaktischen Umwandlung der Stirnlagen in Hinterhauptslagen noch weiter studiert werden.

53. Ein Grossteil der Ursachen der Gesichts- und Stirnlagen ist auch eine wichtige Ursache des prognostisch ungünstigeren Verlaufes der Gesichts- und Stirnlagen und muss je nach Verhältnissen — ganz abgesehen von den Gesichts- und Stirnlagen als Eigentümlichkeiten für sich allein — unsere genaue Ueberwachung der Geburt und eventuell Kunsthülfe herausfordern.

54. Bei Umwandlung einer Deflexionslage in Hinterhauptslage bei engem Becken soll man die Grenze von 9 cm für die Cv. nicht nach unten überschreiten.

55. Die Umwandlungsversuche mit negativem Erfolge haben keinen verstärkenden Einfluss auf die Wehentätigkeit.

56. Die manuellen Umwandlungen der Deflexionslagen in Hinterhauptslagen haben einen sehr günstigen Einfluss bezüglich Kürzung der 2. Geburtsperiode und Erhaltung des kindlichen Lebens. Die gefundenen Resultate ermuntern zur ferneren Anwendung der Operation.

57. Bei engem Becken ist die Umwandlung schwieriger und misslingt häufiger, falls man mit der Operation nicht früh beginnen kann.

58. Die kombinierte Umwandlung, wobei man auch die lordotische Haltung des Kindes in eine kyphotische überführt, verspricht eher Erfolg als die einfache Umwandlung, wobei man nur die Deflexion des Kopfes in eine Flexion verwandelt.

59. Die Narkose erleichtert die Umwandlung sehr.

60. Die kombinierte oder innere Wendung ergab bei unsern Gesichtslagen mit engem Becken in den wenigen Fällen, wo sie angewandt wurde, gute Resultate.

61. Gelungene Zangenapplikationen haben wir bei Gesichtslagen in 7,02 %, bei Stirnlagen in 27,27 % der Fälle.

62. Vorbedingungen für das Gelingen der Zangenoperation waren bei unsern Deflexionslagen: Tiefstand des Kopfes und Kinn in der Drehung

ach vorn begriffen. Auch bei querer Gesichtslinie oder Stirnnaht kann lie Zange noch ein günstiges Resultat haben.

63. Die 12 gelungenen Zangenoperationen bei Gesichtslage ergaben ls Resultat: 9 lebende und 3 tote Kinder; die 12 gelungenen Zangenperationen bei Stirnlage ergaben 8 lebende und 4 tote Kinder.

64. Wir haben bei 171 Gesichtslagen 3 Perforationen und dabei 2 enge Becken, bei 44 Stirnlagen 7 Perforationen und dabei 6 enge Becken.

Anmerkung : Aus dem Jahre 1900 existiert noch eine Dissertation : « *Ueber Gesichtslagen* », ebenfalls aus der *Berner-Klinik.*

Dr. H. Ziegler, Veltheim, Kt. Aargau :

Ueber Gesichtslagen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:
Prof. Dr. P. Müller.
(Buchdruckerei Säuberlin & Pfeiffer, Vevey, 1900.)

Es handelt sich um eine 15 Seiten starke Abhandlung, der drei grosse Uebersichtstabellen beigegeben sind; es wurde *versucht, die häufigsten ætiologischen Momente, welche sowohl bei der Mutter, als dem Kinde, oder bei beiden zugleich vorhanden sein können, etwas näher in Berücksichtigung zu ziehen.* Es kam dazu nur das *Material der geburtshülflichen Klinik* in Frage, welches mehr oder weniger assortirt ist. 9628 Geburten wurden berücksichtigt, darunter fanden sich 86 Gesichtslagen.

a) Bei der Mutter:

1. *Vermehrtes Fruchtwasser.* Der Kopf bleibt beweglich über dem Beckeneingang und beim Blasensprung wird der Hinterkopf nach der Seite zu gedrängt.

2. *Hängebauch*; er kann die frühzeitige Einstellung des Schädels verhindern, zudem kommt er oft mit Beckenanomalien combinirt vor: Zurückhalten des Hinterhauptes und nach « Untendrängen » des Gesichtes

3. *Beckenanomalien.*

4. *Deviation des Uterus.*

b) Beim Kinde:

1. *Strumen.* Durch die starke Schwellung der Schilddrüse wird der Kopf von der Brust entfernt.

2. *Macerirte Früchte.* Das Kind gibt nach dem Absterben seine normale Haltung auf.

3. *Hemicephalie und Acranie.*
4. *Missverhältniss des Gewichtes* des Fœtus zu seiner *Länge.*
5. *Dolichocephalie.*
6. *Abnorme Haltung von Zwillingen zu einander.*
7. *Vorfall von kleinen Kindsteilen neben dem Kopf.*
8. *Event. Lagerung der Hände auf den Rücken (?).*
9. *Umschlingung der Nabelschnur* (fraglich).

Ziegler resumiert sein Material in folgender Weise:

1. Das Alter der Mutter hat keinen Einfluss auf die Lage.
2. Ob der Verlauf der früheren Geburten einen Einfluss hat, bleib noch zu erörtern.
3. Ob Mehrgebärende häufiger mit Gesichtslagen niederkommen, al Erstgebärende, ist zweifelhaft.
4. 1 Gesichtslage kommt auf 112 resp. 122 andere Lagen.
5. Die 2. Lage kommt fast gleich oft vor wie die 1. und begünstigt di Gesichtslage.
6. Der Geburtsverlauf ist ein bedeutend längerer, als bei andern La gen und daher für das Leben des Kindes gefährlicher.
7. Das Geschlecht des Kindes begünstigt keine der beiden Lagen.
8. Die Kinder sind gewöhnlich länger als schwer.
9. *Beckenanomalie und Struma sind als die häufigste Ursache aufz fassen.*
10. *Die Mortalität der Mütter ist nicht erhöht.*
11. *Die Therapie ist, insofern nicht die Beckenenge es anders erheis am besten eine exspectative.*

Dr. N. Kasassova, Lausanne:

Beitrag zum Studium des acuten Hydramnion.
Contribution à l'étude de l'hydramnios aigu.

Clinique particulière de M. le Dr. M. Muret et Laboratoire anatomique de l'Université.

(Imprimerie G. Vaney-Burnier, Lausanne, 1902.)

Nach einigen einleitenden Worten folgen: *Definition und Häufi des Hydramnion*; dann wird die *Aetiologie* dieser Affektion abgeha und der *Pathogenie*, der *Symptome*, der *Diagnose*, der *Prognose* un *Therapie* Erwähnung getan.

Zwei einschlagende Beobachtungen aus der *Muret'schen Privatklinik* werden dann einlässlicher besprochen:

1. ***Beobachtung.*** 25-jährige Frau, die im Oktober 1896 zum erstenmal geboren hat; am 14. Dezember wieder menstruiert, seither aber nicht mehr. *Consultation*, am 26. April 1897, ergab folgendes: Abdomen stark ausgedehnt, 89 cm. Umfang. Uterus von der Form und dem Umfang eines Uterus schwanger im 8. Monat. *Diagnose: Wahrscheinlich Zwillingsschwangerschaft mit akutem Hydramnion;* drohender Abortus. 27. April, Geburt zweier gut geformter, 25 cm. langer, männlicher Früchte. In der einen Fruchtblase war nur eine geringe Menge amniotischer Flüssigkeit, in der andern dagegen cirka 4—5 Liter. Die Placenta, die spontan ausgetrieben worden war, zeigte nur ein einziges Chorion, wie dies ja immer bei univulären Zwillingsschwangerschaften der Fall ist.

2. ***Beobachtung.*** Multipara; regelmässig menstruiert, bis zum 20. Mai 1901; dann cessatio mensium. Im Beginne dieser Schwangerschaft (4.) blieb das Abdomen lange klein, um mit Ende des dritten Monates plötzlich zuzunehmen. *Consultation* am 21. Oktober 1901. Abdomen stark ausgedehnt. 91 cm. Leibesumfang; manifeste Fluctuation; keine fœtalen Teile sind zu palpieren; bei der vaginalen Untersuchung fühlt man deutlich einen kleinen, fœtalen Kopf. *Diagnose:* Zwillingsschwangerschaft mit acutem Hydramnion. Am ersten November beträgt der Leibesumfang 94 cm. und am 4. November 95½ cm.; am 6. November: *Punction* etc. *Geburt* am 12. November, die einen normal entwickelten Fœtus und einen Acephalen zu Tage förderte.

Die chemische Analyse der hydramniotischen Flüssigkeit wurde von Dr. C. Strzyzowski ausgeführt, während die Placenta, die Nabelschnüre und die Fœten im anatomischen Laboratorium von Prof. Bugnion untersucht wurden:

Placenta: 19/15 cm., ein einziges Chorion, aber zwei amniotische Höhlen. Der Amnion-Sack des normal entwickelten Fœtus ist viel geräumiger als derjenige des Acephalen; er war wohl allein an der Hydramnios-Bildung beteiligt.

Nabelschnüre: Der Nabelstrang des normalen Fœtus (27 cm. lang) inserirt in der Mitte zwischen Placentarrand und Centrum; der Nabelstrang des Acephalen hat nur eine Länge von 20 cm., ist bedeutend dünner (Gänsefederkeil-dick) und inserirt auf dem Placentarrand, 7 cm. von der ersten Insertion entfernt; zwei ziemlich dicke Gefässe verbinden die beiden Nabelschnurinsertionen; daneben besteht noch eine direkte Anastomose der beiden Nabelschnüre.

Des weitern werden die Gefässverhältnisse besprochen, wie sie sich nach Placentarinjection in die Vena umbilicalis des Acephalen darstellen.

Der normale Fœtus: 30½ cm. lang. Hypertrophie der Leber, die den Rippenrand wenigstens um 3 cm. überschreitet. Beträchtliche Prolifera-

tion der Bindegewebszellen im Bereiche der grossen Gefässe und der Gallengänge (Folge passiver Congestion).

Acephaler Fœtus: 21 cm. lang. Sternum aus zwei vollständig getrennten Hälften bestehend. Herz und Lungen nicht vorhanden; ebensowenig das Zwerchfell. Die Brust-Leibeshöhle wird durch den Dünndarm, das Cœcum, den Proc. vermiformis und das Colon angefüllt. Nieren und Nebennieren existieren. Die innere Oberfläche der vorderen Abdominalwand liegt der hinteren Fläche direkt auf. Vom Magen, der Milz, vom Pancreas und der Leber ist nichts zu entdecken. Die Beckenhöhle wird durch ein ziemlich voluminöses Rectum und eine lang nach oben ausgezogene Blase ausgefüllt. Zwischen beiden erwähnten Organen eine transversale Bauchfellfalte, die jederseits ein ziemlich grosses Ovarium trägt; die beiden Tuben vereinigen sich in einem äusserst rudimentären Uterus.

In der Thoraxhöhle sieht man durch die Serosa durchschimmernd und in der Medianlinie liegend, die Aorta, die in zwei symetrische Bogen ausläuft (Arteriæ subclaviales). Die Bauchaorta kann hinter den Darmmassen bis zum Ursprung der arteriæ umbilicales verfolgt werden.

Was die Venen anbetrifft, so konnten solche selbst bei Lupenuntersuchung nicht aufgefunden werden.

Die Litteratur-Uebersicht umfasst die Jahre 1694-1901 und führt 62 Arbeiten auf.

Eine Tafel mit zwei Abbildungen ist beigegeben.

Dr. S. Kremenchouzky, Lausanne:

Die Ventrofixation in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft und zur Geburt.

De l'hysteropexie abdominale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.

(Imprimerie Ch. Viret-Genton, Lausanne 1902.)

Es handelt sich um eine Zusammenstellung von bekannten Thatsachen, die den Verfasser zu folgenden Schlusssätzen führen:

1. Die nach der Ventrofixation auftretenden Complicationen scheinen in einer schlechten Technik, sowie in den der Schwangerschaft und der Geburt innewohnenden Zufälligkeiten, ihren Grund zu haben.

2. Die kleine Zahl der Publikationen, die nach Ventrofixation normale ɘburten und Wochenbette verzeichnen, scheinen gegenüber den zahlichen pathologischen Fällen keinen grossen statistischen Wert zu ·sitzen.

3. Von allen Operations-Methoden scheint diejenige vom geburtshülf-:hen Standpunkte aus, die beste zu sein, die die Fixation unterhalb ·r Tuben und Lig. rotund. Insertion vorschlägt.

Die Dissertation ist unter Prof. MURET ausgeführt worden.

Dr. V. KRÜKOVA, Genf:

Die Kolpektomie als Prolapsoperation.

Colpectomie dans le Prolapsus.

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève: Prof. Dr. A. Jentzer.

(Imprimerie J. Studer, Plainpalais-Genève, 1903.)

Die Tatsache, dass die von P. MÜLLER in Bern im Jahre 1896 angegeɩene Kolpektomie wegen Prolapsus in der französischen Litteratur nicht ɩeachtet worden ist, veranlasst KRÜKOVA, zwei an der JENTZER'schen Kliɩik beobachtete und operierte Fälle zu veröffentlichen: Es handelt sich ım Frauen von 76 und 53 Jahren.

Die aus eigenen Erfahrungen und fremden Beobachtungen gezogenen Schlussätze sind folgende:

Wie eine schnelle Durchsicht der operativen Methoden zur Heilung des Prolapses zeigt, existieren wenig Verfahren, die absolute Garantie für ınmittelbare und Dauer-Resultate bieten.

Die einzige Intervention, die diesen Desiderata entspricht, ist die Kolpektomie von P. MÜLLER.

Aus diesem Grunde ist die P. MÜLLER*'sche Prolaps-Operation bei allen den Frauen zu empfehlen, die, an Prolaps leidend, die Menopause hinter sich haben und die den Coitus nicht mehr ausüben: unter solchen Voraussetzungen handelt es sich um eine absolut ungefährliche, leichte, in wenigen Minuten auszuführende Intervention, die selbst ohne Anwendung eines Narkotikums vollzogen werden kann und die 100 % Heilungen gibt.*

Eine hübsche Abbildung ist der Arbeit beigegeben.

Anmerkung: Da die *P. Müller'sche Kolpektomie* auch in der englischen Litteratur nirgends Erwähnung gefunden, so hat *R. König*, ehemaliger Assistent von *P. Müller*, die englischen Gynækologen in einer kleinen Arbeit, betitelt: « *P. Müller's Method of Colpectomy for Uterine Prolapse* » auf die neue Methode aufmerksam gemacht. (Siehe diesen Jahrgang.)

Weitere Arbeiten über dasselbe Thema finden sich in:

Gynæcologia Helvetica: I. pag. 50; Gynæcologia III. pag. 14 unten und Gyn. III. pag. 97.

Der kleine englische Aufsatz von *R. König* findet sich beinahe wörtlich von *A. Gottschalk*, Paris, in's Französische übersetzt in: Revue de Gynécologie de *S. Pozzi*, Tome III, Nr. 1, pag. 137.

Dr. A. Masüger, Sarn, Kt. Graubünden:

Ueber Osteomalacie.

Aus dem kantonalen Krankenhaus in Liestal: Oberarzt Dr. Gelpke.

(Art. Institut Orell Füssli, Zürich, 1903.)

Masüger's Beobachtungen gelten der echten *puerperalen Osteomalacie*. Es wird besprochen: die *pathologische Anatomie*, die *Symptomatologie*, die *Aetiologie*, die *Pathogenese* und die *Therapie*. Dann folgt ein Kapitel betitelt:

« *Jetziges Vorkommen der Osteomalacie im Vergleich zu früher* » und endlich wird folgendermassen resümiert:

« Die Symptomatologie der Osteomalacie ist ziemlich gut bekannt und wird auch ziemlich übereinstimmend angegeben. Um so verworrener und widersprechender sind Aetiologie und Pathogenese. Das eigentliche Wesen der Osteomalacie ist uns noch unbekannt. Zum Glück bietet die Therapie ziemlich zufriedenstellende Resultate.

Die Osteomalacie scheint in neuester Zeit, wahrscheinlich infolge verbesserter hygienischer Verhältnisse, so viel bekannt überall im Rückgange zu sein.

Drei selbstbeobachtete Osteomalaciefälle:

Fall 1. 53-jährige Frau, hereditär nicht belastet; erste Regeln mit 21 Jahren; zuerst eine normale Gravidität und Geburt vor 22 Jahren; als sie aber vor 17 Jahren (1884) wieder gravid wurde, sollen sich Schmerzen im Kreuz und den Gliedern bemerkbar gemacht haben. Geburt normal. Vor 14 Jahren (1887) gebar Patientin abermals; schwere Geburt; Kind abgestorben. Beginn der jetzigen Beschwerden (Schmerzen in der l. Lendengegend, im Rücken und Kreuz, Müdigkeit in den Beinen etc.) vor 2 Jahren.

Status. An der Wirbelsäule eine mässige Rechtsskoliose des Brustabschnittes und ıe kompensatorische Linksskoliose der Lendenpartie. Das Kreuzbein zeigt ziemlich ıtlich eine gewölbte Biegung im Sinne der Kyphose; dafür ist das Steissbein eher f eingezogen, so dass man den Eindruck bekommt, es müsse abnorm weit in das cken hineinragen.

Sp. 25. Cr. 27. Tr. $28^1/_2$. C. ext. 19. C. diag. 11-$11^1/_2$.

Beckenknochen druckempfindlich, desgleichen die Trochanteren. Bei der inneren ıtersuchung stösst man leicht an die beiden absteigenden Schambeinäste; die Steissınspitze tritt etwas nach innen hervor.

Therapie. Phosphorleberthran. Anfangs 3 mal täglich 0.0005 P. dann bis auf 3 mal ı025 P.

Fall 2. 44-jährige Hausfrau; menstruirt mit 17 Jahren; mit 25 Jahren Heirat. ;pontane Geburten mit lebenden Kindern. Nach der letzten Geburt fühlt sich Patient. ıwach; das Gehen macht Schwierigkeiten. 7te Geburt operativ beendet; Kind tod. : Gravidität: Patient. kann nur mit Mühe herumgehen; Schmerzen im Becken, in ı Hüften, dem Kreuz und in den unteren Rippen. Die 8te Geburt verlief spontan, nd lebend und gesund. Patient lag nach der Geburt angeblich 6 Wochen im Bett; konnte sich kaum bewegen.

Status. Körperlänge 132 cm. Lendenwirbelsäule zeigt mässige Rechtsskoliose. crum stark kyphotisch verbogen, gegen das Steissbein hin tief einsinkend.

Sp. $24^1/_2$. Cr. $26^1/_2$. Tr. $27^3/_4$. Conj. ext. $19^1/_2$. Conj. diag. 11.

Therapie. Kastration. Soolbäder und gute Ernährung. Besserung.

Fall 3. 43 Jahre alte Hausfrau; in früher Jugend Rachitis; zuerst 3 normale Gerten mit lebenden Kindern, dann zwei Fehlgeburten (5. und 9. Monat), dann eder 3 normale Geburten mit lebenden Kindern (das letzte mit Hasenscharte), nn 1895 eine Frühgeburt.

Status. Wirbelsäuleverkrümmung; die Rippenbogen ruhen auf den Darmbeinen auf.

Sp. 25. Cr. 28. Tr. 28. Conj. ext. 20.

Symphyse deutlich schnabelförmig etc.

Therapie. Kastration. Ol. jecoris aselli mit Phosphor. Soolbäder. Besserung.

Das Litteraturverzeichnis führt 81 Publikationen auf.

Dr. G. Morgouleff, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Anomalien der weiblichen Genitalien.

ıntribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme.

(Imprimerie Adrien Borgeaud, Lausanne, 1902.)

Nach einleitenden Kapiteln über *Embryologie, Pathogenie, Aetiologie, ıthologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Be-*



handlung, folgen detailliert 11 Beobachtungen, wovon 4 der Privatpraxis von Prof. Muret entstammen.

Beobachtung 1, von *Prof. Muret.* Mädchen von 14 Jahren; in der Kindheit Masern. Urinretention und *Hæmatocolpos; Fehlen des unteren Drittels der Vagina.* Incision und Annähen der Vaginalschleimhaut an die Vulvaschleimhaut. Hier handelt es sich sehr wahrscheinlich um eine acquirierte Affektion, herrührend von den früher überstandenen Masern.

Beobachtung 2, von *Prof. Muret*, Mädchen von 16 Jahren; in der Kindheit Scharlach und Masern. *Doppelte Vagina, lateraler Hæmatocolpos, einfacher Uterus.* Seltener Fall: der einfache Uteruskörper ist gut entwickelt, ebenso der Halsteil, der in die atresierte Scheide hineinreicht, während die zweite Scheide als Blindsack endigt; die Scheidewand, die die beiden Vaginæ trennt, hat einen schiefen Verlauf; es handelt sich also wohl auch hier um eine auf entzündlicher Base erworbene Affektion.

Beobachtung 3, von *Prof. Muret.* Mädchen von 16 Jahren; seit 2 Jahren 3 wöchentlich menstruiert; seit 6 Wochen weisser Fluss; seit 10 Tagen Schüttelfröste, Schmerzen « in abdomine ».

Doppelte Vagina und doppelter Uterus; die eine Vagina blind endigend, die andere mit Pyocolpos. *Linker Uterus unicorn.* Die Anwesenheit von zwei Uteri, von denen der eine rudimentär ist, sowie die beiden Vaginae und die Abwesenheit einer Hæmatosalpinx, lassen den Schluss zu, dass es sich um eine congenitale Anomalie handelt.

Beobachtung 4, von *Prof. Muret.* Frau, seit 3 Jahren steril verheiratet. *Einfacher Uterus; Cervicalcanal und Scheide durch eine längsverlaufende Scheidewand in zwei Hälften geschieden.* Man muss eine congenitale Anomalie annehmen. Die beiden Müller'schen Gänge haben sich gut entwickelt, aber die totale Resorption der Scheidewand ist ausgeblieben.

Aus der Litteratur werden noch 7 einschlagende Beobachtungen aufgefunden, so die *Beobachtung 5* von Prof. Rapin:

Mädchen von 14 Jahren. *Hæmatocolpos und vaginale Atresie.*

Weitere Fälle stammen von W. A. Freund, von Rein, von Guillement-Rambaud und Schlutius und betreffen folgende Anomalien:

Vagina duplex mit lateralem Hæmatocolpos; Uterus und Scheide mit Scheidewand und lateralem Hæmatocolpos; Doppelte Vagina, lateraler Hæmatocolpos und uterus bicornis; Pyocolpos uni-lateralis cum utero septo et vagina duplice: Uterus semibipartitus cum vagina duplice.

Dr. Marc von MORLOT, Bern:

Ueber den Geburtsverlauf der alten Erstgeschwängerten.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:
Prof. Dr. P. Müller.
(Druck von K. J. Wyss, Bern, 1903.)

v. MORLOT wählt das 30. Lebensjahr als untere Grenze, von der an man ine Primigravida als eine « alte » bezeichnen soll.

Was die Prozentverhältnisse der untersuchten Frauen, in Altersklasen geordnet, anbetrifft, so fanden sich:

62,4 % Frauen im Alter von 30—34 Jahren,
26,4 % » » » » 35—39 » und
11,2 % » » » » 40 Jahren und darüber.

Was sind wohl die Ursachen, welche bei diesen Frauen so spät erst eine onzeption haben eintreten lassen?

Man hat beschuldigt: Epilepsie, Psychosen, dann angeborene und acuirierte Leiden, welche, ohne die Funktion der Geschlechtsorgane zu eeinflussen, dennoch durch ihre Gegenwart für den Mann als psychihes oder materielles Hindernis wirken; weiter käme in Betracht indiiduelle Frigidität, der Einfluss der genossenen Erziehung u. s. w.

An der Berner Klinik konstatierte man *folgende eventuelle Ursachen:* mal Fibromyome des Uterus, 2 mal Veränderungen der Ovarien, 3 mal olypöse Bildungen in der Harnröhrengegend, 3 mal Prolaps von Vagilwänden; ferner 2 mal « uterus arcuatus » und einmal eine exquisit arke Entwicklung des rechten Uterushornes.

COHNSTEIN wies dann noch auf die Tatsache hin, dass man bei Frauen, e erst spät zum ersten Male gravid werden, auch sehr oft einen spätern intritt der ersten Menstruation konstatiere.

Die v. MORLOT nach dieser Richtung hin an dem Berner Material geachten Untersuchungen fasst er dahin zusammen, dass man, in Anbeacht des oft stark verspäteten Menstruationseintrittes, der zahlreichen ılle mit unregelmässig wiederkehrenden Perioden und des relativ ıufig angegebenen dreiwöchentlichen Menstruationstypus, als Ursache r spät eingetretenen Konzeption für die betreffenden Fälle gar wohl eine

gewisse Trägheit des Geschlechtslebens, im Sinne von Heckers, oder aber direkt eine Störung in der Funktion der Generationsorgane annehmen müsse.

v. Morlot signalisiert aus seinem Material noch einige, vielleicht auf *rein lokale Ursachen* zurückzuführende ätiologische Momente: grosse Anzahl von Strumen (88 mal); Schwachsinn, Idiotie etc. (41 mal); Taubstummheit (9 mal); Uebelhörigkeit (10 mal); Blindheit (2 mal); Vitium cordis (4 mal); Anämische Zustände (9 mal).

Im Weitern werden besprochen: *die Schwangerschaftsdauer der alten Erstgeschwängerten, die Beckenanomalien derselben* (23,3 %), *die Geburtsdauer* (mittlere Geburtsdauer 22 Stunden 50 Minuten), *Ursachen der Verlängerung der Geburtsarbeit, Weichteil-Verletzungen, falsche Lagen und regelwidrige Einstellungen, grosse Zahl von Hilfeleistungen, Wochenbettsverhältnisse, Zwillingsgeburten, Verhalten des Geburtsobjektes der alten Erstgeschwängerten* etc. etc.

v. Morlot fasst seine sehr fleissige und interessante Arbeit in folgende *Schlusssätze* zusammen:

1. *Man findet bei den alten Erstgeschwängerten oft einen spät erfolgten Eintritt der ersten Menstruation.*

2. *Viele unter ihnen geben an, unregelmässig wiederkehrende Perioden zu haben.*

3. *Bei den alten Primiparen ist der Prozentsatz der Beckenanomalien ein abnorm hoher.*

4. *Das Alter scheint verkürzend auf die Schwangerschaftsdauer einzuwirken.*

5. *Die alten Erstgebärenden zeigen ungünstigere Geburtsverhältnisse als die jugendlichen und die in der Blüte des Geschlechtslebens stehenden Primiparen.*

6. *Ihre Geburtsarbeit ist verlängert und zwar hauptsächlich der erste Abschnitt, die Eröffnungsperiode.*

7. *Die Verlängerung der Geburtsdauer ist durch zwei Faktoren bedingt; einmal durch mangelhafte Wehentätigkeit, sodann durch die Unnachgiebigkeit der Weichteile.*

8. *Diese Momente sind es auch, welche bei sonst normalen Beckenverhältnissen oft Hilfeleistungen seitens des Arztes notwendig machen und bewirken, dass viele Kinder asphyctisch geboren werden oder unter der Geburt absterben.*

9. *Als weitere Folge der Rigidität der Weichteile sind die vielen Vertzungen, welche bei der Geburt auftreten, anzusehen.*

10. *Auch die Nachgeburtsperiode erfordert häufig ärztliches Eingreifen.*

11. *Was die Kindeslagen anbetrifft, so findet man keine Vermehrung er Beckenendlagen, wohl aber übersteigt die Häufigkeit der Gesichtslagen nd Querlagen die gewöhnlich angegebenen Durchschnittszahlen.*

12. *Das Wochenbett verläuft oft regelwidrig und die Morbidität und fortalität ist bei den alten Erstgeschwängerten eine grosse.*

13. *Die alten Primiparen zeigen eine erhöhte Zwillingsfertilität.*

14. *Das Verhältnis der Knabengeburten zu demjenigen der Mädchen st gegenüber der Norm kaum alteriert.*

15. *Die Kinder der alten Erstgebärenden sind schwächer entwickelt als lie Erstgeborenen im allgemeinen und die reifen Kinder überhaupt.*

16. *Die Knaben sind stärker entwickelt als die Mädchen, weisen aber ine grössere Mortalität als letztere auf.*

Anmerkung. Im Jahre 1893 erschien, ebenfalls aus der *Berner-Klinik*, eine Arbeit, die, da sie das Gegenstück der von *Morlot'schen* Publikation darstellt, in hren Schluss-Ergebnissen ebenfalls kurz erwähnt zu werden verdient:

Dr. Fritz Minder, Huttwyl:

Ueber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im frühen Lebensalter.

(Gedruckt bei L. Schuhmacher, Berlin, 1893.)

1. *Die Menses sind bei den meisten unserer Fälle etwas früher aufgetreten als gewöhnlich.*

2. *Die Geburtsverhältnisse sind im Allgemeinen günstig zu nennen.*

3. *Die allgemein verengten Becken sind mit abnehmendem Alter häufiger, was zur Annahme berechtigt, dass oft das knöcherne Becken erst gegen das 20. Altersjahr hin sich entwickelt.*

4. *Schädel- und Gesichtslagen sind häufiger, Beckenendlagen seltener als im Allgemeinen.*

5. *Die durchschnittliche Geburtsdauer ist um ca. 2—3 Stunden länger als bei Primiparen; sie wird allmählig kürzer gegen das 20. Altersjahr hin.*

6. *Eklampsie, Wehenschwäche und andere Komplikationen sind* nicht *häufiger als sonst bei Primiparen: auch nicht die Zangenoperationen;*



dagegen scheint die Perforationsfrequenz wegen des häufiger vorkommenden allgemein verengten Beckens etwas grösser zu sein.

7. *Die Dammrisse sind seltener als sonst bei Primiparen, sowohl wegen der ausgeführten Episiotomien als auch des langsamen gleichmässigen Vorrückens der Geburt und der wahrscheinlich grösseren Elastizität der weichen Geburtswege, besonders im Gegensatz zu älteren Primiparen.*

Die Episiotomie ist überhaupt bei sehr jungen Primiparen mit enger Rima notwendig und deshalb empfehlenswert zur Verhütung von Dammrissen.

8. *Die Zahl der Mädchengeburten ist im Verhältnis zu den Knabengeburten relativ grösser als sonst.*

9. *Je jünger die Mutter, um so geringer ist durchschnittlich die Grösse der Frucht.*

10. *Es werden von jungen Müttern häufig frühzeitige Kinder geboren.*

11. *Die Lebensverhältnisse der Kinder sind eher günstiger als sonst.*

12. *Die Wochenbettverhältnisse sind für sehr junge Mütter eher günstiger als sonst.*

Dr. J. F. Müller, Engelberg:

Helmitol, ein neues Harnantisepticum*.

(Deutsche Aerzte-Zeitung, Heft 8, 1903.)

Jede Cystitis ist, wenn wir von Entzündungen durch chemische Substanzen, bei der Passage durch die Blase, absehen, durch Mikroben bedingt: Bact. coli com. resp., Bact. lactis aerog.; Proteus vulg. Hauser und Streptoc. pyog. aureus. Nachdem sich Helmitol als vorzügliches Harndesinfiziens klinisch bewährt hatte, hat es Müller auf Anregung von Doc. Dr. Heuss in Zürich unternommen, dasselbe speziell in bakteriologischer Hinsicht zu prüfen. (17 Krankengeschichten aus der Praxis von Heuss werden im Auszug wiedergegeben.)

Die bakteriologischen Versuche wurden unter Doc. Dr. Silberschmidt am Hygiene-Institut in Zürich ausgeführt und dabei folgende Themata behandelt:

* Siehe *diesen Jahrgang* unter: « Mitteilungen aus der Praxis »: *Doc. Dr Heuss*: « Ueber Helmitol, ein neues Harndesinfiziens ».

A. *Entwicklungshemmende Wirkung des Helmitols « in vitro »*. (Versuche mit Gelatine und mit eiweissreicher Flüssigkeit.)

B. *Bakterientötende Wirkung des Helmitols « in vitro »*.

C. *Chemische und baktericide Eigenschaften des normalen menschlichen Urines bei Helmitolgenuss.*

Resümierend sagt Müller dann wörtlich:

« *Wenn ich noch einmal alles überblicke, komme ich zu dem Schlusse, dass das Helmitol, wenn es naturgemäss auch kein Universalmittel gegenüber jeder Cystitis ist* (Misserfolge bleiben, wie wir gesehen haben, auch da nicht aus), *so doch den besten Blasenmitteln, speziell Urotropin, nicht nur ebenbürtig, sondern, wie klinische Erfahrung und bakteriologisches Experiment beweisen, denselben überlegen ist* » *etc.*

Dr. E. Oswald, Basel:

Ueber Uterusruptur bei manueller Placentarlösung.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. von Herff.

Oswald gibt die Beschreibung eines im *Basler Frauenspital* beobachteten Falles von Uterusruptur, bei manueller Placentarlösung:

35-jährig. VI. para, von aussen kollabiert hereingebracht. 38. 6. 160. Uterus reicht bis zum Nabel. Vor der Vulva liegt ein grosses Konvolut schwarzer, scheusslich stinkender, vom Mesenterium abgerissener Darmschlingen.

Patient. hatte eine normale Geburt durchgemacht und die Hebamme hatte, *wie bei sämmtlichen früheren Geburten*, bald « post partum » die manuelle Lösung der Placenta vorgenommen.

Abdominelle Totalexstirpation des Uterus, Resektion des vorgefallenen Darmes und Anlegen eines Anus præternaturalis.

Die Sektion ergab als Todesursache akute (nicht purulente) Peritonitis und Lungenœdem, ferner leichte, fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren. Beide Fossæ iliacae enthielten je 1—2 dl. flüssiges, dunkles Blut.

Im Anschluss an diese Beobachtung führt Oswald einige 50 Fälle von ähnlichen Verletzungen in der Nachgeburtsperiode an, die er in der Litteratur hat finden können und deren Zahl gewiss in erschreckender Weise vergrössert werden könnte.

Es folgt dann eine sehr interessante Abhandlung zur Frage, *nach welchen Gesichtspunkten derartige Fälle vor Gericht zu begutachten und zu beurteilen sind.*

Das Litteratur-Verzeichnis führt 33 Arbeiten an.

Dr. E. Piotrowska, Warschau:

Die pyo-stercoralen Fisteln bei Tuberkulose der Adnexe, nebst deren Behandlung.

Des Fistules pyo-stercorales survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement.

Clinique chirurgicale et gynécologique de l'Université de Lausanne: Prof. Dr. Roux.

(Imprimerie Ch. Guex, Lausanne, 1902.)

I. *Aetiologie.* Die Perforation von tuberkulösen Adnextumoren in den Darmtraktus ist sehr häufig auf chirurgische Interventionen zurückzuführen (Drainage nach Laparotomien).

II. *Pathologische Anatomie.* Wenn der Eiter der Tube sich nicht nach dem Uteruscavum zu entleeren kann, dann wird der Eitersack voluminöser und tritt in Verbindung mit den Bauch-Hohl-Organen: Blase, Vagina, Darm, besonders Rectum; es bilden sich Adhaerenzen und so wird die Perforation vorbereitet.

Bildet sich in einem Ovarium ein käsiger Herd, dann kann das erstere in eine eitergefüllte Cyste verwandelt werden.

III. *Mechanismus der Fistel-Bildung.*

Erste Kategorie. Die äussere, meistens künstliche Eröffnung, geht der Darmperforation voraus:

a) Die Fistel kommt während der Operation zu Stande.

b) Die Fistel kommt einige Zeit nach der Operation zu Stande.

Zweite Kategorie. Die Perforation ist vor einem operativen Eingriff entstanden.

IV. *Sitz der Darm-Perforation.* Die Prädilektionsstelle findet sich im Rectum und zwar im denjenigen Abschnitt, der den Douglas passiert.

V. *Diagnose.* VI. *Prognose.* VII. *Verlauf der Krankheit.*

VIII. *Behandlung.* Es werden die mannigfaltigsten operativen Behandlungsmethoden erwähnt und kritisch beleuchtet.

Schlussfolgerungen.

Bezüglich der Schlussresultate ist es wichtig, sich immer daran zu erinnern, dass die primäre Affektion die Tuberkulose ist, welcher, wenn sie in andern Organen sich etabliert, die Patientin erliegen kann. Ist keine weitere Lokalisation vorhanden, so kann mit der Exstirpation des tuberkulösen Herdes Heilung eintreten. In den 5 von Roux operierten Fällen hat man zweimal von vornherein einen « künstlichen After » angelegt, zweimal hat man diese Methode erst im Verlaufe der Operation und anderer Eingriffe ausgeführt.

3 mal trat vollständige Heilung ein; eine vierte Patientin, die in stark erschöpftem Zustande aufgenommen wurde, erlag.

Unter den zahlreichen, empfohlenen, operativen Massnahmen zur Heilung der tuberkulösen pyo-stercoralen Fisteln (des Rectums oder des unteren Abschnittes des S. Romanum), die zu hoch liegen, um auf vaginalem Wege angegriffen, und zu tief, um auf abdominalem operativ behandelt zu werden, scheint der « künstliche Anus » das sicherste und häufig allein auszuführende Verfahren zu sein; es soll daher nicht mit dessen Ausführung gewartet werden, bis dass die Patientin zu sehr von Kräften gekommen ist.

Prof. Roux hat übrigens noch versucht, die hintere Uteruswand auf hinter ihm liegende perforierte Darmabschnitte zu fixieren (5. Fall von Roux).

Ein noch jüngst erhaltener Erfolg lässt eventuell die Indikation zum « temporären künstlichen After » einschränken.

Folgen *5 interessante einschlagende Fälle* aus der Roux'*schen Klinik.*

Dr. M. Schakhoff, Genf:

Beitrag zum Studium der Tuberkulose der weiblichen Genitalien.

Contributions à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Institut pathologique de l'Université de Genève:
Prof. Dr. W. Zahn.

(Imprimerie Ch. Zöllner, Genève, 1903.)

Zuerst folgt auf 17 Seiten ein historischer Ueberblick des uns interessierenden Themas; dann werden mehr oder weniger detailliert (makros-

kopisch und mikroskopisch) 13 Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalien beschrieben und im weitern sämtliche am ZAHN'schen Institut gemachten einschlagenden Beobachtungen in Tabellenform zusammengestellt.

Vom 1. Oktober 1876 bis zum 21. Dezember kamen am pathologischen Institut in Genf 6784 Cadaver zur Autopsie; darunter wurden 43 Fälle von weiblicher Genitaltuberkulose gefunden (5,53 %).

36 mal	*Tubentuberkulose*	=	83,72 %
24 mal	*Uterustuberkulose*	=	55,93 %
11 mal	*Ovarialtuberkulose*	=	25,28 %
7 mal	*Vaginaltuberkulose*	=	16,28 %.

Schlussfolgerungen:

1. *Die weibliche Genitaltuberkulose ist eine relatif seltene Affektion.*

2. *Sie findet sich in jedem Alter, am häufigsten jedoch zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre, wie ja auch die anderen tuberkulösen Lokalisationen.*

3. *Sie tritt gewöhnlich als sekundäre Krankheitserscheinung auf und zwar bei florider oder latenter Tuberkulose der Lungen und der peribronchialen Ganglien, seltener des Darmtraktus.*

4. *Die Propagation der Tuberkulose der weiblichen Genitalien kommt gewöhnlich auf dem Wege der Blutbahn zu Stande, ausgenommen die Tuberkulose der Vagina, die direkt von aussen sich etablieren kann.*

5. *Die tuberkulöse Bauchfellentzündung tritt im Verlaufe der Genitaltuberkulose häufig auf, besonders nach Tubentuberkulose.*

6. *Sämtliche Abschnitte des weiblichen Genitalapparates können von der Tuberkulose befallen werden; am häufigsten erkranken die Tuben, am seltensten die Vagina.*

7. *Die Tubentuberkulose etabliert sich direkt auf dem Wege der Blutbahn vom primären Herde aus; dann erst werden Uterus und Ovarien « per continuitatem » ergriffen.*

8. *Der Uterus wird gewöhnlich durch descendierende Tubentuberkulose infiziert, kann aber auch direkt vom primären Herde aus angesteckt werden. Der Puerperal-Zustand oder Erkrankungen, die auf mechanischem Wege eine Hyperæmie herbeizuführen im Stande sind, können im letzteren Falle als begünstigende Momente wirken.*

9. *Die Tuberkulose befällt sehr selten das Collum uteri.*

10. *Die Vaginaltuberkulose kann als sekundäre Erkrankung einer uben- oder Uterustuberkulose auftreten; sie kann aber auch als primäre rkrankung sich etablieren, hervorgerufen durch Harn- und Stuhl-Inktion.*

11. *Die Ovarialtuberkulose erscheint als sekundäre Affektion einer Tu-n-, Peritoneum- oder Rectal-Tuberkulose. Die Propagation kommt « per ntinuitatem » durch die Adhærenzen hindurch zu Stande, immerhin nn sie auch vollständig unabhängig von den Nachbarorganen auftreten; diesem letzteren Falle etabliert sich die Propagation auf dem Wege der utbahn vom primären Herde her.*

Zum Schlusse wird noch *ein einzelner, interessanter Fall* von Tuben-berkulose, makroskopisch und mikroskopisch, beschrieben. Die Tuber-lose erscheint *als isolierter bis erbsengrosser Tuberkel.*

Das Litteraturverzeichnis führt 78 einschlagende Arbeiten auf.

Dr. H. Scherb, Basel:

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa*.

Aus der chirurgischen Privatklinik:
Prof. Dr. E. Burckhardt in Basel.
(Basler Druck- und Verlags-Anstalt in Basel, 1903.)

n der vorliegenden Arbeit sind die in den Jahren 1882—1902 in die rurgische *Privatklinik des Herrn Prof.* E. Burckhardt aufgenomme-ı und behandelten Patienten mit Blasentuberkulose zusammengestellt rden.

. *Aetiologie.* Eine Infektion mit dem Koch'schen Bacillus hat nur dann ssicht auf günstigen Erfolg, wenn die Blasenwandung durch irgend e Einwirkung in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächt worden ist, z. B. durch anderweitige Entzündungen der Blasenschleimhaut. ezüglich des Modus der Infektion ist die direkte Wandinokulation, nders in herabsteigendem Sinne, von der Niere und den Ureteren am wahrscheinlichsten. — Eine artifiziell durch Instrumente erzeugte ktion dürfte zu den grössten Seltenheiten zu rechnen sein. Eine di-

Siehe *Doc. Dr W. Stœckel:* « Die Cystoskopie des Gynæcologen ». Kapitel e: *Cys-tuberculosa, Tuberculosis vesicæ und Nierentuberkulose:* (Dieser Jahrgang: ändische Litteratur.)

rekte Uebertragung des tuberkulösen Virus durch den Coitus ist ohne Zweifel möglich, aber wiederum nicht wahrscheinlich, da gerade die äusseren Genitalien relativ selten an Tuberkulose erkranken. Die Annahme, dass der Tuberkelbacillus, beim Ueberwandern, die äusseren Genitalien intakt lasse und erst in den inneren seine deletäre Wirkung entfalte, hat wenig für sich.

Dass man in der *Aetiologie der primären und der sekundären Blasentuberkulose* gewisse Verschiedenheiten findet, gilt als feststehend. Im Gegensatz zur sekundären Blasentuberkulose findet sich die primäre bei sonst gesunder und von jeder suspekten Heredität freien Person.

Was das Auftreten der tuberkulösen Cystitis anbetrifft, so gilt gewöhnlich das Lebensalter zwischen 15—40 Jahren als dasjenige, in dem sie am häufigsten beobachtet wird. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens bei den beiden Geschlechtern lässt sich sagen, *dass primäre Blasentuberkulose häufiger bei Frauen beobachtet wird*, während die sekundäre Form entschieden häufiger beim Manne angetroffen wird.

Stellt man die ätiologischen Momente der sekundären Blasentuberkulose denjenigen der primären Form gegenüber, so ergibt ein Vergleich, dass die Aetiologie bei beiden Formen die nämliche ist, dass dagegen bei der sekundären Form die erbliche Belastung vielmehr in Betracht kommt als bei der primären, bei welch' letzterer das Fehlen einer sichern Aetiologie für die Mehrzahl der Fälle charakteristisch ist.

II. *Pathologie.* Es werden gewöhnlich zwei Formen unterschieden:

1) Eine circumscripte Form in Gestalt von einzelnen Punkten, die eigentlich chronische Form und

2) Eine diffuse, miliare Form, bei der die einzelnen Knötchen gruppenweise stehen und häufig konfluieren.

Je nach dem Fortschreiten der Erkrankung wird man entweder *Granulationen* oder aber bereits *Ulcerationen* antreffen. Die Granulationen liegen in der Submucosa (Coplin); durch ihren oberflächlichen Sitz neigen sie ziemlich rasch zur Verkäsung mit nachfolgender Ulceration. Die Form dieser letzteren ist meistens gleichmässig rund und ihre Grösse beträgt 1—2 cm im Durchmesser. Als Prädilektionsstelle für das Auftreten solcher Ulcerationen geben die meisten Autoren übereinstimmend die Basis der Blase an, in erster Linie das Trigonum Lieutaudi, sowie die beiden Ureterenmündungen. Die übrige Blasenschleimhaut befindet sich meistens in einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Stadium von chronischer Entzündung.

III. *Symptomatologie.* Nach BOURSIER, einem Schüler GUYON's, lassen ch die Symptome in *3 Gruppen* ordnen:

1) Physikalische Zeichen (schmerzhafte Palpation der Blase und grosse mpfindlichkeit der hinteren Harnröhrenpartie).

2) Veränderungen der Miction. (Hochgradige Zunahme der Frequenz iit Schmerzen.)

3) Urinveränderungen. (Beständige Trübung; Hæmaturie; Auftreten on grösseren Eitermengen im Urin.)

IV. *Diagnostik.* Der Nachweis der Tuberkelbazillen, der an und für ich bei Blasentuberkulose nicht immer gelingt, wird noch dadurch erchwert, dass die Bazillen im Urin ihre färbbaren Eigenschaften etwas nodifizieren.

Mit der Einführung des Cystoscopes wurde ein gewaltiger Schritt in liagnostischer Hinsicht vorwärts getan.

V. *Die Prognose* ist im Allgemeinen keine günstige, weder für die prinäre, noch für die sekundäre Form. Unter 127 von BURCKHARDT beobichteten Fällen konnten nur 2 als gesund entlassen werden.

VI. *Therapie.* Die Anhänger der *operativen Methode* stehen auf dem Standpunkt, dass eine Radikalheilung nur durch Operation zu erreichen sei, während ihre Gegner auf die schlechten chirurgischen Resultate hinweisen und gleichzeitig den befriedigenden Erfolg einer internen und okalen Behandlung betonen.

Von *operativen Methoden interessieren den Gynækelogen:*

1) Die von EMMET eingeführte Methode der *Kolpocystotomie.*

2) Die von PONCET angegebene Methode der *Cystostomia suprapubica* und endlich

3) Die von GUYON zuerst befolgte *Radikalbehandlung:*

Cystotomie mit nachfolgendem Curettement und Cauterisation.

Dieser operativen Therapie steht schroff *die nicht operative, lokale Therapie* gegenüber, verbunden mit einer rationnellen *Allgemeinbehandlung:* kräftige Nahrung, Höhenklima, Bäder, psychische Behandlung, Kreosot- und Guajacol-Präparate; Jodoform; (Tuberkulinbehandlung?), Lokalbehandlung mit Acid. boricum, Carbolsäure, Milchsäure, Kampher-Naphthol, Argent-nitricum, Sublimat etc.

54 Arbeiten sind im Litteraturverzeichnis aufgeführt.



Dr. Fr. Schönenberger, Bütschwyl:

Ueber einen Fall von hochgradiger, congenitaler Missbildung der Tricuspidalklappe mit Insufficienz derselben.

Aus dem Kinder-Spital in Zürich:
Prof. Dr. O. Wyss.

(Brunner & Cie, Kunstanstalt, Zürich, 1903.)

Das zu beschreibende Präparat wurde von Dr. Keller *in Baden* n Notizen über die Sektionsergebnisse, sowie über die im Leben beobac teten Erscheinungen, der *Sammlung des Kinder-Spitals in Zürich* übe sandt. Prof. Wyss hatte das Präparat gut konserviert und gezeichnet.

1. *Krankengeschichte und Sektionsbefund.* 4 1/2 Jahre altes Mädchen e

2. *Beschreibung des Herzens.*

Fasst man die wesentlichsten Punkte des Herz-Befundes zusammen, ergibt sich, dass hier eine komplizierte congenitale Missbildung vorlieg bei welcher als direkt primäre Abnormität, d. h. als sog. « Vitium prin formationis » angenommen werden muss, die totale Verbildung der Valvu tricuspidalis und das Offenbleiben des Foramen ovale, und als mehr ko sekutive Anomalie, das relatif enge Lumen der Arteria pulmonalis u die kolossale Ausdehnung der ganzen rechten Herzhälfte.

3. *Entstehung und Wesen der Missbildung.*

Worin die unmittelbaren Ursachen zu suchen sind, welche auf de normalen Entwicklungsgang störend einwirken, die Entstehung ein Missbildung der Tricuspidalis bedingen, lässt sich beim heutigen Stand unserer embryologischen Kenntnisse noch nicht hinreichend sicher en scheiden. Ziegler macht für die Missbildungen des Herzens im Allg meinen 3 Momente verantwortlich:

a) Mangelhafte Wachstumsenergie.

b) Fehlerhaftes Ineinandergreifen der einzelnen Entwicklungsphase

c) Fœtale Entzündungsvorgänge.

In weiteren Kapiteln werden « *die Folgeerscheinungen der Missbildu und der klinische Verlauf* » besprochen und « *Weitere hieher gehörig Fälle mit congenitalen Entwicklungsfehlern des Herzens* » aus der Litte ratur zusammengestellt. Die *Prognose und die Therapie* bilden de Schluss der interessanten Arbeit.

hübsche Abbildungen (1. das konservierte Herz; 2. der rechte, er-
ıete Ventrikel von vorne, und 3. Einblick in den rechten Ventrikel
l in den rechten Vorhof von hinten) sind beigegeben.

Dr. R. SCHWEIZER, Zürich:

;räge zur Drainage der Bauchhöhle im Anschlusse an Laparotomien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:
Prof. Dr. Wyder.

(Druck von A. Markwalder, Bleicherweg 10, Zürich, 1903.)

ie Divergenz der Ansichten, bezüglich der Indikationen zur Drainage Bauchhöhle, ist noch eine derartige, dass es nicht ohne Wert sein 'te, eine grössere Zahl von « tamponierten Fällen » zusammenzu- en.

›lgen *84 detaillierte Beobachtungen von Bauchhöhlendrainage,* sämt- ; aus der WYDER'schen Klinik:

; handelte sich nur 7 mal um Erkrankungen des Uterus; alle übrigen ·ationen waren wegen Adnexerkrankungen unternommen worden. ; lagen komplizierte Verhältnisse vor, die die Ausführung einer ty- ıen Operation zuliessen. Die Komplikationen bestanden in ausge- ıten, intensiven Verwachsungen der Genitalorgane untereinander mit der Umgebung, wie Darm, Peritoneum der Nachbarschaft, fer- n Vereiterung der Tumoren.

den Fällen, in denen die Tamponade wegen Blutung ausgeführt le, handelte es sich um parenchymatöse Blutungen, die infolge der pfen Lösung von Adhæsionen (Douglas) entstanden waren, kleinere ıte im Peritoneum konnten wohl durch Uebernähen mit benachbar- erosa geschlossen werden, oder es genügte der Paquelin, um der ıng Meister zu werden. Bei grossen Wundhöhlen aber reichten Mittel nicht aus; es blieb nur die Tamponade übrig; übrigens liegt rossen Wundflächen im Douglas stets die Gefahr vor, dass sich hier r Adhæsionen mit Darmschlingen bilden (Ileusgefahr) und dass eine Retention von blutig-seröser Exsudation etabliert, die für Mi- ·ganismen den besten Nährboden abgibt.

eitaus am häufigsten wurde an der WYDER'*schen Klinik deshalb tam- r·t, weil während der Operation die Bauchhöhle und die Intestina*

mit infektiösem Material in intensiver Weise in Berührung kam
(Platzen von Tubarsäcken und von vereiterten Ovarialcysten: Darm-
läsionen.)

Weitere Indikationen bildeten eventuelle Gefahren einer Harninfil-
tration und Tuberkulose des Peritoneums; in einer Reihe von Fällen lage
sogar mehrere Indikationen zur Tamponade vor, speziell *Blutung un*
Infektionsgefahr.

Von 1225 abdominalen Laparotomien wurden 84 tamponiert, also 6.8°

Dass es nach komplizierten Operationen und bei einer Nachbehand-
lung, wie sie die Tamponade erfordert, zu Anomalien im Heilungsver-
laufe kommen kann, ist nicht verwunderlich:

Die Pulszahl ist in allen Fällen erhöht und zwar meistens in ganz i
tensiver Weise; Temperatursteigerung wird selten vermisst; dann beo-
achtet man *Störungen des psychischen Verhaltens;* in wieder ander
Fällen sind die *Patientinnen hochgradig kollabiert; Dyspnoe, Brechn*
und Brechen; das Abdomen ist druckempfindlich, gespannt, aufgetrieb
die Flatus sind angehalten; Stuhl selten vor dem 4ten Tag.

Indem SCHWEIZER sämtliche Fälle, betreffs der bei Tamponade-Dr
nage auftretenden Komplikationen, Revue passieren lässt, konstatiert

1. *dass in jedem Falle ein grösserer oder ein kleinerer Teil der erwä*
ten Symptome (Komplikationen Ref.) vorhanden war und

2. *dass das Auftreten und die Acme dieser Symptome (Komplikation*
an die ersten 4 Tage «post operationem» gebunden sind:

Wenn man nun die oben aufgezählten Symptome nebeneinanderste
so ergibt sich ohne weiteres das Bild einer Peritonitis, für die man ei
septischen Ursprung nicht annehmen kann; die Ursache muss auf
mechanische Prinzip der Tamponade gelegt werden:

« *Wir sind also zu dem Schlusse gekommen, dass durch die Jodofo*
gazetamponade ein bestimmter Symptomencomplex ausgelöst wird.
darauf beruht, dass einerseits, durch die Fremdkörperwirkung der T
ponade, eine mehr oder weniger circumscripte Peritonitis entsteht und
andererseits das Jod, durch Resorption, seine Wirkung auf den Orga
mus entfaltet, in dem Sinne, dass Symptome, die infolge der Peritonitis
lein schon auftreten können, noch schärfer und häufiger zum Ausdr
kommen. »

Die bei letaler Peritonitis auftretenden Symptome decken sich durch
mit denen, die man nach gutartig verlaufenden Tamponadefällen
fand. Wir sind also nicht im Stande, bei vielen tamponierten Fäl

›nn peritonitische Symptome auftreten, in der ersten Zeit zu entschei-›n, ob es sich hiebei nur um die benigne verlaufende Reaktion des Bauch-lles auf die Tamponade handle, oder ob dies als Beginn einer letal ver-ufenden septischen Peritonitis zu deuten sei.

Man hat also wohl Grund, die Indikationen zur Tamponade strenge zu ellen, um sich diese peinliche Ungewissheit, wenn irgend möglich, zu er-›aren.

Die Mortalität bei den tamponierten Fällen ist zweifelsohne eine grosse 25 : 84) 29 %.

Nach Ueberstehen der ersten 8 kritischen Tage sind die Patientinnen och nicht ausser jeder Gefahr: *Exsudatbildungen im kleinen Becken, ekretverhaltungen, langsamer Verschluss der tamponierten Höhle, Ileus, Kotfisteln, Läsionen an den veränderten Darmwandungen, Urinfisteln, Thrombosen, Pneumonien und Abscesse.*

Anmerkung des Referenten: Der Verfasser identificiert die Ausdrücke *Drainage nd Tamponade*; an Stelle der Jodoformgaze wäre die Xeroformgaze entschieden vor-uziehen; das *Xeroform* hält, ohne sich zu zersetzen, eine Sterilisation aus und wirkt icht toxisch. Warum an der *Wyder'schen* Klinik die bakteriologische Untersuchung ufällig in die Bauchhöhle geflossenen Eiters nicht praktiziert wird, wird nicht gesagt.

Dr. V. Serguééva, Lausanne:

Statistische Studien zur Zangenapplikation.

Etude statistique sur les applications du forceps.

(Imprimerie Ch. Guex, Lausanne, 1903.)

Auf Veranlassung des seither verstorbenen Prof. Rapin hat Serguééva die Zangenapplikationen folgender Kliniken übersichtlich zusammengestellt:

Maternité de Lausanne (Prof. Rapin: 1891—1901).
Maison d'accouchements Baudelocque (Prof. Pinard).
Universitäts-Frauenklinik Tübingen.
» » Marburg.
» » Giessen.
» » Leipzig.

Auf 42,559 Geburten kommen 1101 Zangenapplikationen (2,58 °/₀) d. h.

836 bei Erstgebärenden (75,93 °/₀) und
265 bei Mehrgebärenden (24,07 °/₀).

Von den 1101 vermittelst der Zange entbundenen Frauen wiesen 42 erhöhte Temperaturen auf (38,67 °/₀). 37 Entbundene sind verstorben (3 °/₀). Zieht man von der Zahl der totalen Mortalität diejenigen Todesfälle ab, die der Zange nicht zur Last gelegt werden können, so finden wir eine Mortalitätsziffer von 0.99 °/₀.

Lebend kamen, vermittelst Zange, zur Welt	1001 Neugeborene	90,26 °/₀
Während der Geburt oder nach derselben starben ab	161 Neug.	14,51 °/₀
Während der Schwangerschaft starben ab	4 Fœten	0,37 °/₀

Aus der vorliegenden Statistik geht hervor, dass die Zangenapplikation der Mutter keine wesentlichen Gefahren bringt, vorausgesetzt, dass die Regeln der Antisepsis rigorös durchgeführt werden. Es darf indessen nicht vergessen werden, dass zwischen einer leichten, typischen Zangenapplikation und einer atypischen ein grosser Unterschied besteht.

Was die *Kinder-Mortalität* anbelangt, so ist selbe nicht gerade eine günstige: An der BAUDELOCQUE'schen Maternité kamen auf 18,005 beobachtete Geburtsfälle

14,51 °/₀ Mortalität nach Zangenapplikation, und nur
3,04 °/₀ » nach spontanem Geburtsverlauf.

Diese Mortalität muss allerdings oft mehr den die Geburt begleitenden Komplikationen, als der Zangenapplikation selbst, in die Schuhe geschoben werden; so waren 87 Frauen von Eklampsie befallen, 65 Frauen hatten erhöhte Körpertemperaturen, 4 Frauen litten an Blutungen infolge frühzeitiger Lösung der Placenta und endlich war bei 12 Frauen eine Nierenentzündung diagnostiziert worden.

Des weiteren darf nicht vergessen werden, dass die Zange oft gerade aus dem Grunde angelegt wird, weil das kindliche Leben in Gefahr ist; dass unter solchen Umständen es nicht immer gelingt, die bedrohte Existenz zu retten, wissen wir Alle.

Dr. Ed. Streckeisen, Münsterlingen:

Ueber zwei Fälle von Sectio cæsarea wegen Eklampsie.

Aus dem Kantonsspital Münsterlingen:
Chef-Arzt Dr. Conrad Brunner.

(Sonderabdruck aus dem Archiv fur Gynækologie, Bd. 68, Heft 3.)

Streckeisen stellt die in der Litteratur verzeichneten, nach dem Jahre 6 bis zur Gegenwart wegen Eklampsie ausgeführten Kaiserschnitte, chronologischer Uebersicht zusammen und fügt dann die detaillierten inkengeschichten zweier neuer Fälle, die im *Kantonsspital in Mün-lingen* zur Operation kamen, hinzu:

Es handelt sich um Primiparæ (30 und 26 Jahre alt) mit Zwillings-wangerschaft; die erste Frau wies einen mässigen Grad von Verenge-ig des Beckeneinganges auf (Conj. vera 9—9,5 cm), die zweite ein all-nein gleichmässig verengtes Becken (Conj. vera 8,5 cm). Schon einige chen vor dem Ausbruch der Convulsionen wurden in beiden Fällen ärztlicher Seite hydropische Erscheinungen konstatiert. Die bakte-ogische Untersuchung des Blutes (Nr. 1 Fœtus, Nr. 2 Mutter) hat ein atives Resultat ergeben.

Treckeisen betrachtet dann seine Fälle in Hinsicht auf die aufge-lten Theorien der Eklampsie-Entstehung*. Der erste Fall, der letal igte, bietet keiner dieser Theorien eine besondere Stütze**.

s werden zum Schlusse *die Symptomatologie, die Prognose* und *die rapie* besprochen:

ass der Prophylaxe in der 2ten Hälfte der Schwangerschaft für das treten der Eklampsie eine wichtige Rolle zufällt, dürfte über allem ifel erhaben sein. Hält die Funktionsstörung der Nieren an, treten noch ere, als eklamptische Vorboten bekannte Symptome (Erbrechen, Kopf-nerzen, Magenschmerzen) hinzu, so hält Wyder*** die Einleitung

Der Referent möchte den Leser auf die *kritisch-experimentellen Studien zur ik der puerperalen Eklampsie* aufmerksam machen, wie solche von *E. Pollak* dings veröffentlicht worden sind. Siehe diesen Jahrgang unter: « Ausländische ratur ».

Die Epikrise dieses Falles findet man in den äussert interessanten: *Erfahrun-und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung von Dr. Konrad ner, Münsterlingen.* Dritter Teil, pag. 92. (Verlag von J. Huber, Frauenfeld,)

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* II, pag. 166: *Prof. Wyder: « Symptome, Diag-und Therapie der puerperalen Eklampsie ».*

der künstlichen Frühgeburt für berechtigt. Mit der Beendigung der Geburt geht das Aufhören der Eklampsie, in der grossen Mehrzahl der Fälle, Hand in Hand, « ***deshalb gilt es als oberster Grundsatz, die Frau so bald wie möglich auf die schonendste Weise zu entbinden.*** (Vaginaler Kaiserschnitt nach Dührssen. Ref.) Die tiefen Dührssen'schen Cervixincisionen bergen grosse Gefahren (Infektion und Blutung) in sich, daher selten zu empfehlen und die Sectio cæsarea hat nur ihre Berechtigung in den allerschwersten Formen der Eklampsie, wie beim Fehlen jeglicher Wehentätigkeit und beim Ausbleiben der unbedingt notwendigen Erweiterung der weichen Geburtswege. Bedingung für den Kaiserschnitt bei Eklampsie ist in erster Linie ein lebendes Kind. Wenn bei der Mutter, trotz aller therapeutischen Bemühungen, die Störungen der Zirkulation und Respiration immer bedrohlicher werden und die Unmöglichkeit der Entbindung eines lebenden Kindes « per vias naturales » Voraussetzung ist, dann tritt der Kaiserschnitt in sein Recht. Es fallen weiter in's Gewicht Beckenenge bei sicher lebendem Kinde, die Schwere der Anfälle, der Befund der inneren Untersuchung, Zwillingsschwangerschaft.

In Summa: Der Kaiserschnitt kann nur als der letzte Versuch zur Rettung von Mutter und Kind bezeichnet werden, wo andere Mittel im Stich liessen. (Für den modernen Gynækologen käme ernstlich der vaginale Kaiserschnitt in Frage. Ref.)

Die Frage, ob in den beiden Fällen des Kantonsspitals in Münsterlingen die Entbindung durch die Sectio cæsarea indiziert war, wird eingehend erörtert und die Antwort anerkennt des Bestimmtesten die acceptierten Indikationen.

In der Kasuistik der Kaiserschnittseklampsie steht der zweite Fall Brunner-Streckeisen in seiner Art einzig da: Mutter und Zwillinge wurden gerettet.

Die Methode der Erweiterung des Muttermundes mittelst des *Dilatatorium von* Bossi*, namentlich bei Eklampsie, ist mit modifizierten Instrumenten schon öfter in Anwendung gebracht worden; doch reichen die bis jetzt gemachten Erfahrungen wohl noch nicht aus, um ein abschliessendes Urteil zu erlauben.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica*, diesen Jahrgang, die einschlagenden Arbeiten von *Jentzer, de Seigneux.*

Dr. K. Wyss, Zug:

Rückbildungsvorgänge an abortiven Embryonen.
Beitrag zur Pathologie des Embryo.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1903.)

His stellte in seiner. Rudolf Virchow gewidmeten Festschrift zum er- ermal die Frage nach der Herkunft der die Embryonen durchsetzen- n Rundzellen auf. Felix Wallenstein und nach ihm Georg Engel men zum selben Resultat, nämlich, dass diese Rundzellen aus dem ute des Embryo stammen und umgewandelte embryonale Blutzellen ien. Wyss hat zwei Embryonen auf die Rundzellen-Durchsetzung hin itersucht:

Embryo A. Der gleichmässige Zerfall der Organgewebe und die starke mmetrische Rundzelleninfiltration lassen auf ein frühzeitiges Abster- n des Embryo's schliessen. Mit Ausnahme der Herzanlage, der äusse- n Haut und eines schmalen Streifens embryonalen Bindegewebes unter- lb derselben, durchsetzen die Rundzellen den Embryo gleichmässig; s rundzellenarme Herz spricht dafür, dass die Ueberschwemmung mit ındzellen eine allmählige ist und dass die letzteren dem Zerfall länger derstehen, als die Zellen der Organe.
Zwei Dinge, die Georg Engel schon beobachtet hat, haben auch bei r Untersuchung des Embryo A ihre Bestätigung gefunden: Erstens sten epitheliale Gewebe dem Untergang am längsten Widerstand und eitens beweisen die da und dort vom Centralnervensystem losgetrenn- ı Gewebsinseln, die isoliert weiter leben, dass nicht alle Teile eines Or- nes zugleich absterben. (Siehe Fig. 23, 24, 25 und 26.)

Embryo B. Viel deutlicher als bei Embryo A ist hier der *Placentar- farkt* ausgesprochen. Dem Embryo von 1,2 cm würde ein Ei von 4—5 Länge entsprechen; tatsächlich war der erstere aber 8 cm lang; an Weiterwachsen des Embryo ist aber nicht zu denken, vielmehr scheint Gedanke berechtigt, dass ein *Hydramnion* — als Folge des Frucht- les — die Eihäute so stark gedehnt und damit die Grössendifferenz ischen Embryo und Ei bedingt habe.
Das Studium des Embryo ergibt auch hier eine *symetrische Rundzel- infiltration.* Doch bevorzugt sie in diesem Falle *die Leber* und vor al-

EMBRYO A.

Fig. 23.

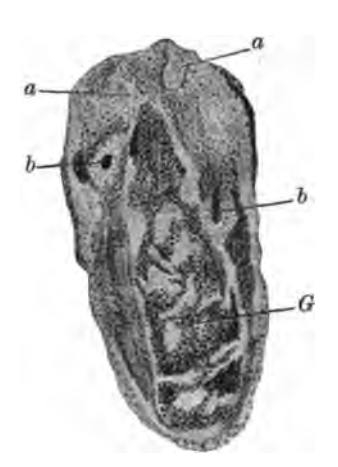


Fig. 1 der Originalarbeit.
Schnitt durch den Kopf.

a primäre Riechgrübchen, *b* abgetrennte Hirnpartien, *G* Gehirn. Gutes Bild von der Rundzelleninvasion einerseits und dem Verhalten des Gehirns andererseits.

Mittlere Vergrösserung.

Fig. 24.

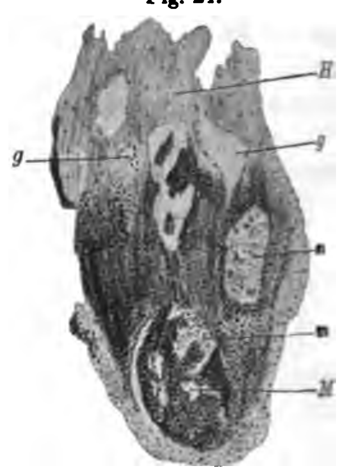


Fig. 2 der Originalarbeit.
Schnitt durch die Herzgegend.

H Herzanlage, *g* wahrscheinlich Gefässe, *n* isolierte Partie des Medullarrohres, *M* Medullarrohr, *m* erhaltene Partie derselben. Starke Rundzelleninvasion des Medullarrohres.

Mittlere Vergrösserung.

Fig. 25.

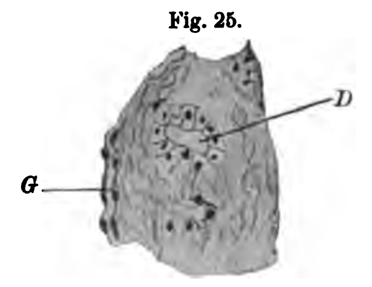


Fig. 3 der Originalarbeit.

D Querschnitt des Dotterganges. *G* längsgetroffenes Gefäss. Diese Figur zeigt, dass epithelial begrenzte Gebilde dem Zerfall und der Rundzelleninfiltration am längsten Widerstand leisten.

Starke Vergrösserung.

Fig. 26.

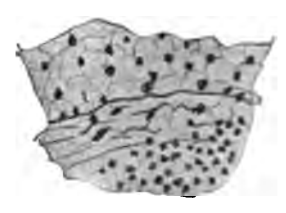


Fig. 4 der Originalarbeit.

Hautpartie, die aus 3-4 schichtigen, mit gutgefärbten Kernen versehenen, scharf begrenzten Zellen besteht, die fast lückenlos den Embryo umschliessen, allein die Zellen sind gequollen, das Protoplasma ist krümmelig zerfallen und die Kerne sind meist wandständig.

Starke Vergrösserung.

m das *Gehirn- und Rückenmark;* im Nabelstrang und in der Placenta hlen die Rundzellen; dagegen ist im ganzen Embryo nicht ein Organ, elleicht nicht eine Zelle, die nicht regressiv verändert wäre. Dies zwingt ır Vermutung, dass der Sitz der Erkrankung in einem, allen Organen ›meinsamen Gewebe liegt, dem *mesodermalen Stützgewebe.*

Allerdings nimmt das Centralnervensystem eine eigenartige Stellung n. Erst von der dritten Woche an erhält es Gefässe und damit auch indegewebe, und doch ist es das am meisten infiltrierte und zerfallene rgan, sodass daraus der Schluss geradezu berechtigt ist, dass es das zu-›st « *Erkrankte* » ist. (Siehe Fig. 27, 28, 29, 30, 31 und 32).

Zum Schluss teilt Wyss einige *Beobachtungen über die Morphologie,* *e Abkunft* und *das Schicksal der Rundzellen* mit: « Die massenhaft ›rhandenen Rundzellen aber wären primäre Wanderzellen, die die Kraft, ch in rote embryonale Blutzellen umzuwandeln, nicht mehr haben und ırum dem allmähligen Zerfall entgegen gehen. »

EMBRYO B.

Fig. 27.

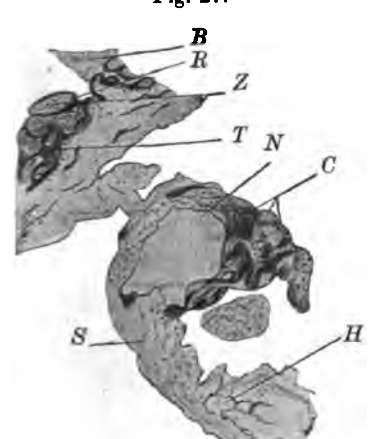


Fig. 1 der Originalarbeit.

ıerschnitt durch die Placenta und Schräg-schnitt durch den Nabelstrang.

Z Chorionzotte, *R* hyaliner Ring, *T* fibri-ıser Thrombus, *B* mütterl. Blut mit Leucocy-n, *N* Nabelbläschen, *S* Nabelstrang, *C* hyalin generierte Partien desselben, *H* Hohlräume. acentar-Infarkt. Nirgends finden sich Leu-cyten.

Lupenvergrösserung.

Fig. 28.

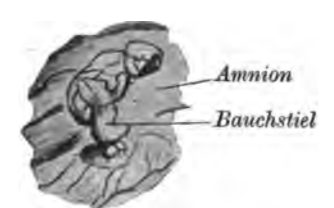


Fig. 2 der Originalarbeit.

Nabelstrang.

Das embryonale Gallertgewebe besteht aus wenig Zellen mit ovalem Kern.

Lupenvergrösserung.

Fig. 29.

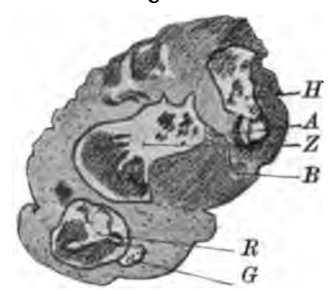


Fig. 3 der Originalarbeit.

Schrägschnitt durch Gehirn und Rückenmark.

H Hemisphärenhirn, *Z* Zwischenhirn, *A* Augenstiel, *B* wahrscheinlich Augenblase, *R* Rückenmark, *G* Ganglion spinale. Das Centralnervensystem ist am stärksten von allen Organen mit Rundzellen infiltriert.

Fig. 30.

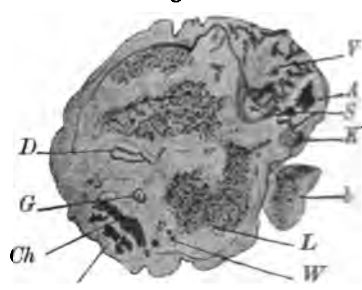


Fig. 4 der Originalarbeit.

Schnitt in der Höhe der Herzanlage.

V Ventrikelschleife. *A* Auricul. cord., *S* Septum transvers., *K* Knorpelige Armanlage, *b* Arm. *L* Leber, *W* Wolf'scher Körper, *R* Rückenmark. *Ch* Chorda, *G* Aorta, *D* Darm. Mit Ausnahme der Rundzellenmassen in den Herzohren weist sowohl die Umgebung des Herzens wie auch dieses selber auffallend wenig Rundzelleninfiltration auf.

Lupenvergrösserung.

Fig. 31.

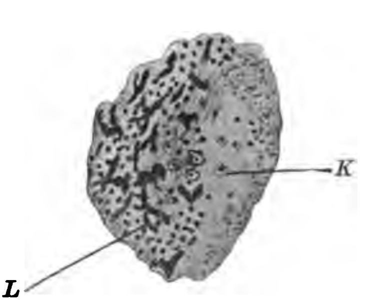


Fig. 5 der Originalarbeit.

Knorpelige Armanlage.

Stösst an die Leber und wird hier von den regressiv veränderten Leber- und Rundzellenhaut bedrängt.

L in den Knorpel eindringende Leber- und Rundzellen. *K* Knorpelzellen.

Starke Vergrösserung.

Fig. 32.

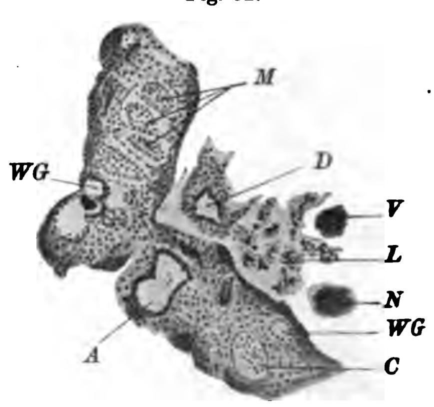


Fig. 6 der Originalarbeit.

Schnitt durch den Wolf'schen Körper.

M Malpighi'sche Körperchen des Wolf'schen Körpers, *WG* Wolf'scher Gang, *A* Aorta, *C* Cardinalvene, *N* wahrscheinlich *l.* Nabelvene, *L* Leber, *V* vena omphalomesenterica, *D* Darm. Die Centren der Malpighi'schen Körperchen sind mit halbzerfallenen Epithelien und Rundzellen erfüllt. Die letzteren halten sich im Mesoderm noch an die zahlreichen kleineren Gefässbahnen.

III.

Mitteilungen aus Krankenhäusern.

Prof. Dr. O. HILDEBRAND, Dr. A. MÜLLER, Dr. A. VISCHER, Dr. H. FRIOLET,
Basel:

Aus dem

Jahresbericht über die Chirurgische Abteilung des Spitals in Basel pro 1902.

(Buchdruckerei Kreis, Basel, 1903.)

Casuistik.

(Pag. 45 und folg.)

Ruptur einer Dünndarmschlinge durch Fall auf den gefüllten Bruchsack.

45jährige Hausfrau, mit linksseitiger Leistenhernie von Jugend auf belastet. Fall, im epileptischen Anfall, über ein Stuhlbein. Reposition der Hernie, durch einen Arzt, ohne Schwierigkeiten. Eintritt in die Klinik wegen Schmerzen im ganzen Leib. Incision über der Hernie; aus der Bauchhöhle kommen Speisebröckel. Ruptur der im Bruchsack vorhandenen Schlinge durch die Contusion und Reposition. Herniolaparotomie. Darmnaht (3 Etagen). Exitus an eitriger Peritonitis.

Bauchhernie (Rectusdiastase) mit Desmoid der Bauchdecken.

28jährige Bäuerin, hat 2 mal geboren. Im Hypogastrium hängt die Haut in Form eines schlaffen Beutels von mehr als Handtellergrösse. Diastase. An der unteren Grenze des Sackes liegt ein dattelgrosser, derber, glattwandiger Knoten. Medianer Schnitt über die ganze Länge des

Bruchsackes; die Rectuswülste werden frei prepariert; die Rectusscheide wird beiderseits, ca. 2 cm nach aussen vom innern Rectusrand, in der ganzen Länge der Hernie, aufgeschnitten. Die medianen Wundränder der Scheide werden, unter Einstülpung der Hernie, miteinander vernäht: über dieser Naht werden die lateralen Wundränder der Rectusscheiden zusammengenäht. Für beide Nahtreihen wird, gemischt, Seide und Catgut verwendet (Knopfnähte). Drainage vermittelst Gummirohr. Der Knoten am unteren Hernienrand sitzt mitten im Rectus und kann ohne Eröffnung der Peritonealhöhle entfernt werden. Die schlaffe Haut wird excidiert und die Hautwunde durch Seide bis auf die Drainöffnung geschlossen.

Bauchfelltuberkulose behandelt mit Laparotomie.

1. 53jährige Frau, bemerkt seit einem halben Jahre ein « Dickerwerden » des Bauches. Abdomen ist gleichmässig stark aufgetrieben. Umfang — Nabelhöhe — 92 cm. Deutliche Fluktuation.

Eröffnung des Abdomens in der Medianlinie, dicht unterhalb des Nabels (am 7. Okt.): grosse Menge Ascites, miliäre Knötchen. *Die etwas vergrösserten Ovarien sind besonders dicht mit Knötchen besetzt.* Schluss der Laparotomiewunde. Beim Austritt (am 3. November) ist das Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Umfang in Nabelhöhe 79 cm.

2. 7 Monate altes Mädchen. Abdomen stark aufgetrieben. Der Auftreibung entspricht eine Dämpfung, die rechts vorne etwas über Nabelhöhe reicht und links bis zum Rippenbogen geht; prallelastisch; links oben deutliche Fluktuation.

Diagnose: Hydronephrose oder congenitale Cystenniere.

Die Bauchwand wird in der Medianlinie gespalten, dabei wird ein Hohlraum eröffnet, aus dem im Strahl hellgelbe, vollständig klare Flüssigkeit ausfliesst. Bei weiterer Eröffnung findet sich ein stark faustgrosser Raum vollkommen abgekapselt, der Reste genannter Flüssigkeit und grosse Massen von gelblich durchscheinendem, gallartigem Fibrin enthält. Da nach der Entleerung der Höhle die linksseitige Resistenz nicht verschwindet, so wird am Aussenrand des l. Rectums ein zweiter Schnitt geführt und eine zweite, zirka hühnereigrosse Höhle, gleicher Beschaffenheit wie die erste, eröffnet. In die Höhle proeminieren abermals zwei bräunlich durchscheinende Cysten, die ebenfalls eröffnet werden. Nirgends Knötchen. Die Höhlen werden tamponiert und die Bauchdecken, bis auf die Gazestreifen, in 2 Etagen geschlossen.

Beim Austritt, nicht ganz 3 Monate später, ist das Wundgebiet vollständig geheilt; nirgendsmehr eine pathologische Resistenz fühlbar. Allgemeinbefinden sehr gut.

Carcinom der Flexura sigmoidea.

1. 36jährige Frau, seit 14 Tagen stark obstipiert; Ileuserscheinungen 39. 4. 120.

Diagnose: Peritonitis, Perityphlitis; die ausgeführte Laparotomie weist eine allgemeine fibrinös-eitrige Peritonitis nach. Exitus. Sektion ergab als Ursache des Ileus ein Carcinom des S. romanum. Offenbar Contiguitätsperitonitis*.

2. 40jährige Frau. Störung des Allgemeinbefindens seit der letzten Geburt, vor 2 Jahren. Seit einem Jahr hartnäckige Obstipation; hie und da Kolikanfälle, Darmblutungen; seit 2 Monaten angeblich blutige Durchfälle; seit 2 Tagen Ileuserscheinungen.

Diagnose: Ileus durch Tumor. Mediane Laparotomie. Carcinom der Flexura lienalis.

3. 22jähriges Mädchen, hat vor 8 Wochen einen typischen Anfall von Darmobstruktion durchgemacht; neue Attaque mit Beginn der Menses. 4 Tage Stuhlverhaltung. Erbrechen. Ziemlich hochgradige Auftreibung des Abdomens; schmerzhafte Krämpfe. Stürmische Ileuserscheinungen zwingen zur Operation. Mediane Laparotomie. Carcinom der Flexura sigmoidea.

Cœcumtuberkulose.

1. 24jähriges Mädchen, leidet seit Frühjahr 1901 an Phthise; seit Dezember 1901 ziehende Leibschmerzen, die in Anfällen von 2—5tägiger Dauer auftreten und mit Fieber verbunden sind. Druckempfindlichkeit in der Ileocœcalgegend.

Zwischen rechter Spina und Nabel fühlt man einen nicht genau zu umgrenzenden, derben, nach allen Richtungen etwas verschieblichen, Tumor; Oberfläche unregelmässig. Temperatur 38. 0.

Diagnose: Cœcaltuberkulose, Peritonealtuberkulose. Laparatomie am Aussenrand des rechten Rectus. Resectio cœci. Serosa des Cœcum und des Ileum, bis handbreit vor der Einmündungsstelle, mit Knötchen bedeckt; übriges Peritoneum frei.

* Siehe *Tavel-Lanz*: Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Ein Beitrag zur Lehre der Continitäts-Infektion und der Contiguitäts-Entzündungen, 1893.

2. 20jähriges Mädchen; in der Zeit vom Februar bis August 1902 fün Anfälle von krampfartigen Schmerzen in der Ileocœcalgegend, jeweiles einige Tage dauernd und in ca. 4 wöchentlichen Intervallen sich folgend

Leib aufgetrieben; in der Ileocœcalgegend eine ziemlich breite, wurstförmige, bewegliche Resistenz.

Diagnose: Perityphlitis im Intervall? Laparotomie am Aussenrande des rechten Rectus.

Diagnose, post laparotomium: Ileocœcaltuberkulose.

Rechtsseitige Pyonephrose. Drainage des Nierenbeckens.

45jährige Hausfrau, die seit Jahren an Wasserbrennen leidet. Urin trüb mit Bodensatz; häufig Schmerzen in der rechten Nierengegend. Seit dem letzten Wochenbett, vor 3 Monaten, blieb der Zustand unverändert; damals trat rechts eine Geschwulst auf, die zeitweise empfindlich war. Das Fieber verschwand, wenn sich reichlich eitriger Harn entleerte. Die Blasenbeschwerden haben seitdem zugenommen. Menses unregelmässig.

In der rechten Nierengegend ist ein kindskopfgrosser, kugeliger, etwas druckempfindlicher Tumor zu fühlen, mit glatter Oberfläche. *Diagnose:* Pyonephrosis dextra. Cystitis. — Niere wird durch einen Lumbalschnitt freigelegt; Incision, wobei sich dicker, gelblicher Eiter aus dem « Nierensack » entleert. Drainage mit einem Gummirohr.

Wanderniere.*

1. 22jährige Frau, hatte vor 3 Jahren starke Schmerzen in der rechten Lendengegend. Seit einem halben Jahr sind die Schmerzen wieder stärker, auch in der Magengegend.

Rechte Niere sehr tiefstehend und beweglich.

Durch Schnitt, am Rand des Longissimus dorsi, wird die rechte Niere freigelegt, reponiert und durch 3 Seidennähte an die Muskulatur fixiert. Der untere Pol wird durch Jodoformgaze gestützt. Patientin klagt auch über Schmerzen in der linken Nierengegend (l. Niere am unteren Pol abtastbar, ist verschieblich und schmerzhaft), weshalb auch hier die Fixation in gleicher Weise vorgenommen wird. Beim Austritt sind beide Nieren in normaler Lage fixiert. Beschwerden verschwunden.

* Siehe *Gynaecologia Helvetica* III, pag. 79: *Dr Wuhrmann:* Die bewegliche Niere und ihre Anteversion und pag. 80: *Dr Wuhrmann:* Beitrag zur Pathologie und Diagnose des Ren mobilis (mit 3 instruktiven Abbildungen).

2. 29jährige Frau, leidet schon seit 10 Jahren an Schmerzen in der Magengegend und Brechen. Schmerzen im Leib und Drängen nach abwärts. Rechte Nierengegend ist leer. Rechts vom Nabel ist ein Tumor, von Form und Grösse der Niere, fühlbar, die bei Betastung mit einem Ruck in die rechte Nierengegend gleitet. Die l. Niere tiefer, wie normal, so dass sie in ganzer Ausdehnung abtastbar ist.

Rechte Niere freigelegt und nach Reposition durch 3 tiefgreifende Seidennähte an die Muskulatur angeheftet. Auf die Naht kommt ein Jodoformgazetampon. $1 \frac{1}{2}$ Monate später dasselbe links. Beim Austritt beide Nieren an normaler Stelle.

3. 29jährige Hausfrau, leidet schon seit $4 \frac{1}{2}$ Jahren an Obstipation und Schmerzen im Leib; manchmal nehmen diese krampfartig heftigen Charakter an und werden auch in's Kreuz lokalisiert.

Rechte Niere sehr tief, auf Nabelhöhe und bis gegen die Medianlinie. Links steht die Niere auch tiefer, wenn auch nicht so tief wie rechts Rechtsseitige Nephropexie. Beim Austritt ist die Niere an normaler Stelle fixiert.

4. 25jährige Frau, seit 2 Jahren Schmerzen in der rechten Lendengegend, die oft gegen die Symphyse ausstrahlen. Rechte Niere faustgross, in der vorderen Mammillarlinie fühlbar. Linke Niere nicht palpabel. Nephropexie mit Tamponade. Beim Austritt ist die Niere unbeweglich fixiert.

5. 24jährige, unverheiratete Patientin, leidet schon seit mehreren Jahren an ziehenden Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Oft war der Urin längere Zeit angehalten, um dann in grossen Mengen zu erscheinen. Man fühlt die rechte Niere als Tumor, dessen untere Grenze beim Liegen in Nabelhöhe, beim Stehen etwas unterhalb davon steht. Linke Niere nicht fühlbar. Anheftung der r. Niere an die Muskulatur durch 3 Seidennähte, wie gewohnt. Beim Austritt ist die Niere unbeweglich fixiert.

6. 52jährige Hausfrau; seit 5 Jahren Schmerzen im Abdomen, die deutlich lokalisiert sind und namentlich in's Kreuz ausstrahlen. Rechts neben dem Nabel fühlt man einen über faustgrossen Tumor von glatter Oberfläche. Schnitt am Rande des rechten Longissimus dorsi, von der letzten Rippe aus abwärts. Man stösst auf einen unter dünner Membran beweglichen Körper. Die Membran erweist sich beim Durchschneiden als das Peritoneum und der Körper als Leber. Tiefer unten stösst man

dann auf die Nierenfettkapsel. Nephropexie. Die Patientin verlässt da Spital mit reizloser Narbe und gut fixierter Niere.

Nephritis acuta parenchymatosa. Anurie. Nephrectomie. — 62jährig Patientin, erkrankte vor 10 Tagen unter reichlichem Brechen und Durchfällen. Anurie.

In der rechten Bauchseite ein deutlich abtastbarer Tumor, der sich in die Nierengegend hinaufschieben lässt. Beim Katheterisieren entleert sich nur spärlich Urin: etwas Eiweiss, Eiterzellen, Epithelien und in Züge angeordnete Spindelzellen:

Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Hydronephrose? Tumor reni dextri.

Lendenschnitt in der rechten Nierengegend; rechte Niere vergrössert; rechtes Nierenbecken äusserlich normal, ebenso der rechte Urether; nach Eröffnung des r. Nierenbeckens entleeren sich aus demselben gelbe, krümmelige Massen, die als Tumormassen aufgefasst werden. Exstirpation der r. Niere: Parenchym œdematös; 1 Stunde « post operationem » kollabiert die Patientin und macht Exitus.

Die Sektion ergab: Nephritis parenchymatosa chronica der l. Niere. Myelomata costarum et vertebrarum. Tuberculosis apicis pulmon. utriusque.

Sectio alta wegen Blasentuberkulose. — 51jährige Frau, datiert ihre Beschwerden schon 6 Jahre zurück. Heftiger Harndrang, besonders Nachts. Seit einem Monat Harnträufeln; vollkommene Inkontinenz. Die Schleimhaut der Harnröhrenmündung ist auf der Unterseite ausgestülpt, erscheint als erbsengrosser, hochroter Wulst.

10 cm langer Medianschnitt oberhalb der Symphyse. Blase enorm geschrumpft, höchstens wallnussgross, mit käsigen Granulationen erfüllt. Blase und Urethra werden ausgeschabt. Schluss der Blase. Verweilkatheter. Exstirpation der Blase, mit Einnähen der Ureteren, in's Rectum oder in die Vagina, wird in Aussicht genommen.

Hernia obturatoria incarcerata. — 69jährige Frau, hat seit 5 Tagen keinen Stuhlgang und keine Winde mehr gehabt; seit 4 Tagen andauernd fæculentes Erbrechen. Bisherige Verweigerung der Operation. Man fühlt im Abdomen nirgends eine pathologische Resistenz. Bruchpforten ohne Besonderheiten. Diagnose: Ileus. Tumor?

Laparotomie. Eine Dünndarmschlinge, in der Gegend des Foramen obturat, fixiert: Littre'sche Hernie. Am gelösten Darmstück ist eine deutliche, bläuliche, an einigen Stellen weissliche, matte Schnürfurche zu

ıhen. Die Schnürfurche wird mit Serosa übernäht und das betreffende armstück in Jodoformgaze eingehüllt und zum unteren Wundrand heıusgeleitet. Nach Schluss der Operation Collaps: Exitus.

Ileus durch Torsion und Abschnürung des Darmes im Bruchsack. — ꞉jährige Frau, wegen einer incarcerierten, linksseitigen Leistenhernie, ı Jahre 1891 operiert. Heilung « per secundam »; in der Folgezeit ein ruchrecidiv.

In der linken Leistengegend eine kindskopfgrosse Geschwulst, mit etas verschmälerter Basis; Haut darüber gespannt; darunter zeigen sich ꞉utlich geblähte Darmschlingen; die Geschwulst ist weichelastisch, gibt ꞉erall tympanitischen Schall, ist mässig druckempfindlich, nicht in die ıuchhöhle reponierbar. Erbrechen. Wind- und Stuhlverhaltung.

Diagnose: Hernia inguinalis sinistra incarcerata.

Herniotomie. Ein über Meter langes Stück Dünndarm ist durch eine eite Bruchpforte ausgetreten. Der einschnürende Strang (vom Rand ꞉r Pforte zum Mesenterium des ausgetretenen Darmes ziehend) und ne bestehende Verwachsung wird gelöst und der Darm in die Bauch꞉hle reponiert. Heilung.

Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt, Dr. J. Fahm und
Dr. E. Burckhardt, Basel:

Aus dem

Jahresbericht des Kinderspitals in Basel pro 1901.

(Buchdruckerei M. Werner-Riehm, Basel, 1902.)

Casuistik:

(Pag. 40 und folg.)

Prolapsus recti. — $2\,{}^1/_3$ Jahre altes Mädchen; seit 2 Monaten Rektumolaps (von Mandarinengrösse); penisartige Klitoris.

Klinische Diagnose: Rektumprolaps mit Ekzem der Umgebung. Turkulose oder Syphilis des Darmes etc. Exitus.

*Pneumokokkenperitonitis**. — 1. 6jähriges Mädchen gesunder Eltern plötzliche Erkrankung mit Brechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Fieber 38.2. In der untern Hälfte des Abdomens, gegen die rechte und weniger deutlich auch gegen die linke Fossa iliaca hin, Dämpfung, Druckempfindlichkeit und hauptsächlich mediane Fluktuation. *Probepunktion und Laparotomie* ergeben eitrige Peritonitis; mikroskopisch und kulturell Pneumococcus. Borspülung, Drainage, afebriler Verlauf, Heilung.

2. 7 $^{8}/_{12}$ Jahre alt. Mutter starb an Lungenschwindsucht. Seit einigen Wochen hie und da Durchfall mit Bauchschmerzen; Temperatur bis 41.5. Bauch aufgetrieben. Viel Brechen. Dämpfung und Fluktuation in den abhängigen Partieen des diffus empfindlichen Bauches. *Laparotomie*, Drainage; fieberloser Verlauf. Heilung.

Peritonitis tuberculosa. — 1. 10 $^{4}/_{12}$ Jahre alt; keine erbliche Belastung; seit August 1900 anfallsweise Bauchschmerzen, Brechen, bald halbfeste, bald dünne schleimig-eitrige-blutige Stühle. Abdomen nicht aufgetrieben; in der Nabelgegend ein querverlaufender, allseitig gut abgrenzbarer, etwas druckempfindlicher Tumor.

Diät, feuchtwarme Umschläge, Ichthyol, Darmspülungen mit Borlösung, Tannalbin, Tannigen. Gebessert.

2. 2 $^{8}/_{12}$ Jahre alt; keine erbliche Belastung; seit Herbst 1900 allmählich auftretende Leibschmerzen, oft anfallsweise dünne, schleimige Stühle. Abdomen stark aufgetrieben; in den abhängigen Partien unverschiebbare Dämpfung, keine Fluktuation nachweisbar. Abends hie und da Fieber bis zu 39,2°.

Diät, Ichthyol, feuchtwarme Umschläge, Ricinusleberthranklystiere. Gebessert.

3. 9 $^{6}/_{12}$ Jahre alt; keine erbliche Belastung; seit einigen Wochen Bauchschmerzen, Diarrhoe, Husten, etwas Fieber, starke Abmagerung.

Cervical- und Inguinaldrüsen hypertrophisch; Lungen: H. U. R. abgeschwächtes Vesikulärathmen, pleuristisches Reiben. Abdomen etwas aufgetrieben, wenig freie Ascitesflüssigkeit; Stuhl dünn; zunehmende Inanition; von einer Laparotomie wird abgesehen. Exitus.

Sarcoma abdominis. — 6 $^{6}/_{12}$ Jahre alt. Leibschmerzen, schlechter Appetit; seit einer Woche Schwellung des Bauches. Unterbauchgegend durch einen

* Siehe *Gynaecologia Helvetica* III, pag. 46 und folgende: *Dr de Quervain*: « Zur Aetiologie der Pneumococcenperitonitis » und: *Prof. Hagenbach*: « Ueber Diplococcenperitonitis bei Kindern ».

ark kindskopfgrossen, knolligen, harten, im Becken etwas verschieb-chen Tumor vorgewölbt, hauptsächlich rechts, daneben links 2 kleinere, ərschiebliche, harte Knollen. *Probelaparotomie:* Der aus einzelnen nollen zusammengesetzte Tumor hat ausgedehnte Verwachsungen mit arm, Netz und Peritoneum parietale eingegangen; inoperabel. *Mikros-opische Diagnose: Rundzellensarkom;* Ausgangspunkt unsicher. Tumor ächst rasch. Sektion durch den Hausarzt ergibt *Lymphosarkom der lesenterialdrüsen;* Becken und Ovarien intakt.

Infizierte Nabelwunde. — 5 Wochen alt; seit dem 9. Lebenstage Nabel-ntzündung; atrophisches Kind. Nabelwunde schmutzig granulierend, 'mgebung gerötet, geschwollen und schmerzhaft; plötzlicher Exitus. *ektion:* Atelektatische Stellen der Lunge, Lungenœdem und Pleuraer-uss, *Schwellung der Darmfollikel und Mesenterialdrüsen.*

Hernia umbilicalis. — $0\,^{10}/_{12}$ Jahre altes kräftiges Mädchen; nussgrosse abelhernie; Diastase der Musc. recti. *Radikaloperation:* Ovalärschnitt, bbinden des Bruchsackes, quere Naht der angefrischten Bruchpforte, ängsnaht der Musc. recti.

Vulvovaginitis gonorrhoica. — 9 Fälle von $3—10\,^{2}/_{12}$ Jahren. Infektion lurch die Mutter 3 mal, durch Stuprum 2 mal, durch Pflegerin 1 mal, lurch Vater (?) 1 mal, durch Magd einmal, unbekannt 1 mal. Behand-ungsdauer $1\,^{1}/_{2}—5\,^{1}/_{2}$ Monate. *Behandlung:* Spülungen mit Protargol $/_{2}\,^{0}/_{0}$, Zinc. sulfur., Kal. hypermang. $^{1}/_{2}\,^{0}/_{00}$, Hydrarg. cyanat., ferner Jo-loformstäbchen, Pinselungen mit Argent. nitric. 0,5 $^{0}/_{0}$.

Kongenitale Missbildung sämtlicher Gelenke. $0\,^{4}/_{12}$ Jahre alt. 55 cm lan-ges, gesund aussehendes Kind. Arme, Beine und Wirbelsäule werden estreckt gehalten. Arme adduziert und nach innen rotiert. Vorderarm n Pronation. In allen Gelenken ganz geringe, aktive Beweglichkeit; bei assiven Bewegungen grosser muskulärer und teilweise knöcherner Wi-lerstand. Füsse in starker Klumpfussstellung. Grundphalangen der Zehen durch Schwimmhaut verbunden.

Caput obstipum. — 7 Jahre alt. Geburt durch Wendung und Extraktion, seither Schiefhalten des Kopfes. Offene Durchtrennung der klavikularen und sternalen Portion des linken stark sehnig veränderten Sternokleido-mastoideus.

Stenosis recti congenita. — $0\,^{8}/_{12}$ Jahre alt. Abdomen aufgetrieben, kleine Nabelhernie; Stuhl spärlich, bandförmig. Bei der Digitaluntersuchung

des Rektums findet man hinter dem Sphinkter eine strikturartige, har Stelle, dahinter eine ampullenartige Erweiterung des Mastdarmes. D gitaldilatation, Klysmen, hierauf regelmässiger Stuhl.

Polydaktylie. — 2 Jahre alt. Geburt durch Wendung und Extraktio Doppelte 5te Zehe am rechten Fuss. Erste Phalanx verdickt und im di talen Teil doppelt, zweite und dritte Phalanx verdoppelt.

Luxatio coxæ et Scoliosis congenit. — $2\,^6/_{12}$ Jahre alt. Fast fixierte, lin konvexe, winklige Kyphoskoliose der unteren Brustwirbelsäule; Lende und obere Brustwirbelsäule bilden eine ganz schwache, kompensierend rechtskonvexe Skoliosa etc. Luxation des r. Femurkopfes nach H.O.

Spina bifida. Parese der Beine. — $1\,^4/_{12}$ Jahre alt. Hautlappen über d Spina bifida wulstig; rechts Pes equinus paralyticus; links Pes calcane varus. Patellarsehnenreflexe fehlen; Keine Incontinentia alvi. Harn wi fast beständig tropfenweise entleert.

Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt, Dr. J. Fahm und D. M. Reber, Basel:

Aus dem

Jahresbericht des Kinderspitals in Basel pro 1902.

(Buchdruckerei M. Werner-Riehm, Basel, 1903.)

Casuistik:

(Pag. 36 und folg.)

Prolapsus recti. — $0\,^4/_{12}$ Jahre altes Mädchen; seit der Geburt Mastdarm Vorfall; in letzter Zeit Obstipation; zirka nussgrosser Prolaps. Therm kauterisation, Milchzucker, Bauchmassage. Austritt, nachdem der Pro lapsus 14 Tage lang nicht mehr ausgetreten war.

Hernia lineæ albæ. — 2 Jahre altes Mädchen; Hernie seit der Geburt über dem Nabel eine nussgrosse, in's Abdomen reponierbare Geschwul Längsschnitt durch die Haut. Naht der Bruchpforte in querer Richtung Fascien-Hautnaht in Längsrichtung.

Ein- und Austritt.	Symptome d. Bruches	Befund beim Eintritt.	Operation.	Verlauf, Komplikationen.	beim Austritt.
1) Bucher Marie, $1^{6}/_{12}$ J. 15. I. 1902, 17. II. 1902.	Bruch seit März 01 bemerkt, seither grösser geworden trotz Behandlung mit Heftpflaster.	Hernie nussgross, Bruchpforte für d. Zeigefinger durchgängig. Diastase der Muscul. recti.	Umschneidung des Nabels, der mit dem Bruchsack adhärent ist. Abbinden des Bruchsackes. Verschluss der Bruchpforte, zuerst längs, dann quer verlaufende Nähte.	In der Mitte der Wunde kleine Hautstelle nekrotisch. Daselbst Heilung per granul. Komplikat.: Diarrhœ, Urticaria, Bronchitis.	Wunde geschlossen. Feste Narbe, wölbt sich beim Pressen nicht vor.
2) Wagner Camille, $3^{11}/_{12}$ J. 16. I. 1902, 8. III. 1902.	Bruch seit 1 Jahr. (?) Bandage ohne Erfolg.	Bauchdecken schlaff. Diastase der Recti. Nussgrosse Hernie. Bruchpforte für den Finger durchgängig.	Umschneidung des Nabels, Isolieren des Bruchsackes, Kuppe mit Nabel verwachsen, wird weggeschnitten. Bruchsack quer vereinigt. Vereinigung der Musc. recti. Hautnaht.	25. I. Nähte entfernt, Wunde p. p. geheilt. 28. I. Wunde klafft in der Mitte, in der Tiefe Eiter. 7. II. Ligaturen aus der Tiefe stossen sich ab. Komplikat.: Ausgedehnte Pneumonie rechts, Beginn 22. I. Hohes Fieber.	Wunde geheilt. Lungen normal.
3) Kähli Rosa, $^{11}/_{12}$ J. 17. VI. 1902, 17. VII. 1902.	Bruch seit der Geburt; vergebliche Behandlung mit Heftpflaster und Peloten.	Hernie haselnussgross, Bruchpforte für d. Zeigefinger durchgängig.	Schnitt links vom Nabel. Bruchsack mit der Haut nicht verwachsen, wird in die Bauchwand eingenäht; Kuppe, häutiger Nabel abgeschnitten. Hautnaht.	Stichkanaleiterung. Ausstossen einiger tiefen Ligaturen.	Wunde geheilt, feste Narbe, beim Pressen nicht vorgewölbt.
4) Studiger Anna, $^{6}/_{12}$ J. 29. VII. 1902, 14. VIII. 1902.	Bruch seit der 6. Lebenswoche, wurde trotz Bruchband und Heftpflaster grösser.	Hernie fingerhutgross, Bruchpforte scharf begrenzt. Leichte Diastase der Recti.	Umschneidung des Nabels. Bruchsack quer i. die Bauchwand genäht, vertikal verlaufende Hautknopfnähte.	Rötung der Nahtlinie, leichtes Fieber.	Wunde geheilt. Narbe beim Pressen nicht vorgewölbt.
5) Lüthy Marie, $2^{10}/_{12}$ J. 27. X. 1902, 9. XI. 1902.	Seit Mai 02 wegen Hernie in ambulanter Behandlung. Viel obstipiert.	Hernie wölbt sich kugelförmig beim Schreien vor. Bruchpforte für d. Zeigefinger durchgängig.	Paraffininjektionen in die Ränder der Bruchpforte.	Bruchpforte stark verengt. Komplikat.: Dünne Stühle.	Paraffinwall gut fühlbar. Hernie tritt nicht mehr aus.
6) Probst Ida, $3^{6}/_{12}$ J. 24. XI. 1902, 15. XII. 1902.	Hernie seit der 4. Lebenswoche, trotz Heftpflasterverbänden grösser geworden.	Hernie haselnussgross, Bruchpforte für d. Zeigefinger bequem durchgängig.	Umschneidung des Nabels, Freipräparieren d. Bruchsackes. Quere Vereinigung des angefrischten Bruchringes. Hautknopfnähte.	Hautwunde klafft etwas. Komplikat.: Bronchitis.	Wunde geheilt.

Vulvovaginitis gonorrhoica. — 11 Fälle von $1^1/_2$—$10^1/_2$ Jahren. Infektion durch die Mutter 7 mal, durch Stuprum 1 mal, durch eine Schwester 1 mal, durch die Kostfrau 1 mal, unbekannt 1 mal. Behandlungsdauer 1 bis 5 Monate. *Behandlung:* Spülungen mit Zinc. sulf., Protargol, Ichthyol, Alumin acet., Sol-Bäder.

Caput obstipum. — $7^6/_{12}$ Jahre altes Mädchen. Geburt normal, nach 6 Monaten wurde « Schiefhals » beobachtet. Offene Durchtrennung der sternalen und clavicularen Portion des Sternocleidomastoideus.

Atresia ani.

1. 2 Tage alt. An Stelle des Afters eine seichte Grube, mit leicht geröteter Haut. Beim Schreien presst sich dem palpierenden Finger eine weiche Geschwulst entgegen. Längsincision in der Analfalte, ca. $^1/_2$ cm tief. Ein blind endender Darm sichtbar, wird durch Nähte mit der Haut vereinigt. Incision des Darmes, Entleerung von viel Meconium mit Schleim, Darmspülung mit Borwasser.

2. 2 Tage altes Mädchen. Orificium urethræ verklebt; mit ganz dünnem Katheter wurden 2 Esslöffel Urin entleert. Vagina voll zähen, glasigen Schleimes. An Stelle des Afters eine seichte Vertiefung. Beim Schreien drängt sich ein weiches Gebilde ballonartig vor. Längsincision in der Analfalte. Einnähen des sich vordrängenden Rektums in die Haut. Eröffnung des Rektums. Massenhaft Meconium, Darmspülung.

Luxatio coxæ congenitum. — 11 Jahre altes Mädchen. Gang stark hinkend, mit links gesenktem Becken, geringer Lendenlordose; nach unten und aussen von der Spin. il. ant. super. links eine starke Vorwölbung, weiter unten der vorspringende Trochanter. Vordere Gelenksgegend links leer. *Röntgen*untersuchung bestätigt Hochstand des linken Femurkopfes.

*Polydactylie**.

1. 5 Jahre altes Mädchen. Vater hatte abnorm grosse Grosszehen; ein Bruder hatte an einem Fuss doppelte Grosszehe. Grosszehe an beiden Füssen doppelt, die beiden Hälften bis fast ganz vorne miteinander verwachsen. *Röntgen*bild zeigt doppelte Phalangealknochen; Metatarsalia einfach, links mit einem deutlichen knöchernen Fortsatz.

2. $2^2/_{12}$ Jahre altes Mädchen. Grossvater, Vater und 6 Geschwister waren polydactyl. 6 Zehen an jedem Fuss; 3 Zehen in der Mitte jeweilen

* Siehe *diesen Jahrgang:* Dissertationen: *Dr G. Amrein:* « Ein Fall von hereditärer Hexadaktylie nebst sechs weiteren Fällen von Polydaktylie. »

›rwachsen. Skelett vollständig, 6 Metatarsalia. Grosse Daumen. An der rundphalange der kleinen Finger Narben, herrührend von gleich nach ›r Geburt abgebundenen fingerförmigen Anhängseln.

Congenitale Cyste der Sacralgegend. — 9 Wochen altes Mädchen; von eburt an ein Tumor in der Kreutzgegend; unterhalb rechts von der eissbeinspitze eine kleinapfelgrosse, fluktuierende, weiche Geschwulst, e durch Druck nicht zum Schwinden gebracht werden kann. Spaltldung im Knochen nirgends zu fühlen. Cyste wird « in toto » excidiert. ʏste ist glattwandig mit einzelnen Vorsprüngen, enthält mikroskopisch Bindegewebe eindringende Epithelschläuche.

Dr. L. Gelpke, Dr. A. Masüger und Dr. Th. Brunner, Liestal:

Aus dem

Jahresbericht des Kantons-Spitals Baselland in Liestal für das Jahr 1902.

(Buchdruckerei Gebr. Lüdin, Liestal, 1903.)

Narkose und Chloroformnachweis im Erbrochenen. Gelpke hat den indruck, dass Pneumonien und Bronchitiden nach Aethernarkosen nd bes. nach Bromæther-Aethernarkosen) häufiger sind, als bei An›ndung des Chloroforms*.

Das *Durstregime***, nach der Narkose, hat Gelpke schon seit mehren Jahren aufgegeben; die Patienten erhalten zu trinken; das Erechen soll nicht durch Eis und Geträ̈nkentzug verhindert werden, da s angewandte Narcoticum durch den Brechakt ausgeschieden wird.

*Extrauterinschwangerschaft***-Operation, Heilung.* 28jährige Multira. Vor 6 Wochen soll die menstruelle Blutung sich schon nach 8 ıgen wieder eingestellt haben. Blutklumpen sollen nie abgegangen in. Vor 3 Wochen plötzlich eintretende Krämpfe im Leib und Blutung. den letzten 8 Tagen immer etwas Blutabgang und Klemmen im Leib.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, pag. 224: *Dr Schmidt:* Ueber Veränderungen der Herznglien durch Chloroformnarkose.

** Siehe *Gyn. Helvet.* III, pag. 194: *Dr Hæberlin:* Nachbehandlung der Laparonierten.

*** Siehe *diesen Jahrgang:* « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften »: *Prof. Müller:* Ueber Extrauteringravidität.



Status: Portio auffallend weich; äusserer M. m. für die Fingerkup bequem passierbar. Uterus kaum vergrössert. Im hinteren Scheideng wölbe eine kugelige, kleinfaustgrosse Resistenz.

Diagnose: Wahrscheinlich Tubargravidität.

Operation: Tube mit Ei und Blutgerinsel entfernt.

Dr. Max von Arx, Olten:

Aus dem

Jahresbericht des Solothurn. Kantonsspitals in Olten, pro 1902.

(Pag. 29.)

(Buchdruckerei August Michel, Olten 1903.)

Frau M., 41jährige Hausfrau, kam am 23. Mai wegen Geburtshinder nach Geburt des kindlichen Kopfes, in's Kantonsspital. Der Kopf w zu Hause, nach protrahierter Geburt, vom Arzt mit der Zange e wickelt worden und zwar mit Leichtigkeit. Da aber auf starken Zug l der Fœtus sich nicht weiter entwickelte, vermutete man eine Missb dung (Doppelbildung) des Fœtus und transferierte die Kreissende i Spital! Mit grosser Mühe und Anwendung des stärksten Zuges gel es die Geburt zu vollenden.

Das Geburtshindernis war durch eine enorme Cystenniere des Fœ verursacht. Wochenbett normal.

Dr. E. Tschudy und Dr. J. Speckert, Zürich:

Aus dem

Jahresbericht der Krankenanstalt « Theodosianum » in Zürich pro 1902.

(Druck von Fritz Amberger, vorm. David Bürkli, Zürich, 1903.)

I. Erkrankungen der weiblichen Brustdrüse, wurden 9 beobach nämlich 4 Fälle von *Fibroadenom*, 4 Fälle von primærem Carcinom 1 Fall von Recidiv nach Carcinomoperation.

Tschudy operiert grundsätzlich alle Mammacarcinome nach der Heidenhain angegebenen Methode, d. h., Exstirpation der Sternalport

s Musc. Pectoral maj.; oft auch Exstirpation beider Pectorales (maj. und inor).

II. Hernien. *a) Die Umbilicalhernien* waren meist ziemlich klein, chstens bis wallnussgross; nur bei einer Patientin fand sich ein össerer, merkwürdig gestalteter Bruch: vom Nabel hing ein 8 cm nges, penisartiges Gebilde frei herunter, das an seinem unteren Ende, e ein umgekehrtes T, einen Querbalken trug.

b) Die 4 Abdominalhernien waren nach vorausgegangenem Bauchhnitt entstanden und zwar einmal nach, an anderm Orte ausgeführter stration, einmal nach einer von Tschudy ausgeführten zweizeitigen öffnung einer Pyosalpinx, einmal nach Exstirpation des Cœcums und nmal nach, vor 9 Jahren von Prof. Socin ausgeführter, Cystotomia alta.

c) Die 3 Leistenhernien wurden nach der Bassini'schen Methode eriert.

III. Erkrankung des Mesenteriums: *Chyluscyste:*

28-jährige Frau; seit ca. 5 Monaten eine langsam an Grösse zunehmende Gehwulst im Leibe; absolut keine Beschwerden; stets regelmässig menstruiert.
Status: Etwas anämisch. Zwischen Nabel und Symphyse ein *kugelförmiger, glatter imor,* entsprechend einer Gravidität im 6. Monat; Tumor auffallend beweglich. rderes Scheidengewölbe tief herabgedrängt; prall-elastische Consistenz. Uterus mit rtio weit nach hinten.

Diagnose: Ovarialcyste.

Laparotomie: Der Tumor hat durchaus das Aussehen einer Ovarialste; er steht aber *mit den Genital*organen in keinem Zusammenhang; gehört vielmehr dem Mesenterium des Ileum an. Exstirpation. Bei r Incision entleeren sich ca. *2 Liter einer Flüssigkeit, die genau ausht wie frische Milch: Chylus.*

Die genaue chemische und microscopische Untersuchung bestätigte, die ch dem macroscopischen Aussehen, gestellte Diagnose.

IV. Krankheiten des Peritoneums: *Tuberkulose des Bauchfells.* 4 ille. Dreimal handelte es sich um die trockene Form, im vierten Falle g ein gewaltiges Exsudat vor. *Zweimal war der Ausgangsort der tuberilösen Erkrankung in den Tuben gelegen,* zweimal im Darm.

Tschudy macht auf ein *Symptom* aufmerksam, *das* ihm schon mehrals *ein frühzeitiges Erkennen der trockenen Form der Peritonealtuberilose erlaubt* hat, nämlich ein *eigentümliches Gefühl beim Betasten des bdomens,* das bald mehr demjenigen beim Palpieren eines sehr gepannten Weichteilemphysems ähnelt, bald mehr dem Knirschen eines

coagulierten Blutergusses gleich kommt. (Darmverwachsungen.) — Be-
züglich der *Diagnose* hat die *Tuberculininjection* gute Dienste geleistet;
es wird stets mit 1/2—1 Milligramm begonnen, aber 0,003 nie über-
schritten. Was die *Resultate der Operation* anbetrifft, so sind in zwei
Fällen an Heilung grenzende Besserung zu verzeichnen.

V. KRANKHEITEN DES UROPOËTISCHEN SYSTEMS: *Incontinentia urinæ.*
Seit nahezu 3 Jahren fliesst der Urin fortwährend ab. Blase vollständig
geschrumpft; ein Catheter kann kaum 4 cm weit eingeführt werden.
Cystoscopie daher unmöglich. *Aetiologie der Schrumpfblase* sehr wahr-
scheinlich «*Tuberkulose*».

Behandlung: Möglichst hoch oben wird eine Blasen-Scheidenfistel an-
gelegt und ein mit Abflusschlauch versehenes Occulsivpessar eingelegt.
Zuerst ging alles gut, aber nach ca. 5 Monaten trat, unter *uræmischen*
Erscheinungen, der Tod ein. Offenbar war *das primäre Leiden ein*
beidseitige Nierentuberkulose; diese hatte schliesslich zu soweit gehender
Destruction und Einschmelzung des Nierenparenchyms geführt, dass
der Tod an Uræmie eintreten musste.

VI. GYNAECOLOGISCHE AFFEKTIONEN. A. **Uterus**: *1. Geschwülste.* Im
Berichtsjahre kamen 9 Myome des Uterus zur Beobachtung. In 3 Fällen
handelte es sich nur um geringe myomatöse Vergrösserung des Uterus;
bei zweien derselben genügte (Menorrhagien) die Auskratzung. Bei der
3-ten Patientin (hochgradig anæmisch: Blutungen) constatierte man
einen gänseeigrossen, *submucösen Myomknoten* der hinteren Uterus-
innenwand. *Derselbe wurde auf vaginalem Wege mit temporärer Spaltung*
*der vorderen Uteruswand entfernt**.

Bei den übrigen 6 Patientinnen lagen grosse Tumoren vor, welche in
5 Fällen durch die *supravaginale* Amputation des Uterus entfernt wurden;
im 6-ten Fall, carcinomatöse Degeneration des Myoms, war eine Radical-
operation nicht mehr möglich.

In Fällen, wo eitriger Katarrh des Uterus oder der Cervix besteht, ganz
besonders bei gonorrhoischer Infektion, ist nach TSCHUDY *die Totalexstir-*
pation der supravaginalen Amputation vorzuziehen. Auf *31 supravaginalen*
Amputationen und *3 Totalexstirpationen nach* FREUND kommt nur ein
ungünstiger Ausgang, der der supravaginalen Amputation zur Last fällt.
Patientin litt an ziemlich starkem eitrigem Fluor; kein Fieber. Die s...

* Siehe diesen *Jahrgang,* pag. 2: *Dr. J. Bastian:* «Zur Frage der Prob...
Hysterotomie; im besonderen zur Frage der vorderen, medianen Hysterotomie».

avaginale Amputation war in 30 Minuten ohne Schwierigkeiten vollendet. m zweiten Tage « post operationem » leichte Temperatursteigerung, eigender Puls; am dritten Tage peritonitische Erscheinungen und am erten Tage Exitus. Bei der *Autopsie* fand sich ein kleiner Abscess am ervixstumpf, welcher die Peritonealmanschette durchbrochen und eine trige Peritonitis erzeugt hatte.

Unter normalen Verhältnissen gibt Tschudy aber der supravaginalen mputation den Vorzug, weil sie eben doch wesentlich rascher ausgeführt rden kann, als die totale Entfernung des Organes.

Bei supravaginaler Amputation wurden in der letzteu Zeit öfter ein ler beide Ovarien zurückgelassen, wenn sie gesund waren; es tritt nicht lten aus dem Uterusrest eine spärliche Menstruation auf.

Von *malignen Erkrankungen* wurden im Berichtsjahre 4 beobachtet: *Carcinome der Cervix* (2 sogenannte cancroide Papillargeschwülste und n infiltrierendes Cervixcarcinom) und ein *Recidiv nach Uterusexstirtion.* Zweimal Excochleation und Thermocauterisation: einmal Totalstirpation des Uterus.

2. Entzündliche Affectionen. 14 mal wurde wegen *Endometritis chronica* e Auskratzung vorgenommen; in 4 dieser Fälle wurde gleichzeitig auch e Stenose des äusseren M. m. operiert und in zweien wurde wegen beeitender chronisch-metritischer Verdickung und Hypertrophie der rtio, die letztere amputiert.

3. Lageveränderungen. 12 reine Retroflexionen wurden operativ bendelt. Tschudy präcisirt seinen Standpunkt in der Retroflexionsfrage lgendermassen:

« *Wir wollen hier auch gleich bemerken, dass wir uns zur Behandlung ner Retroflexio uteri nur dann entschliessen, wenn sie tatsächlich starke Behwerden macht, denn wir haben stets der Ansicht gehuldigt, dass noch lange cht jede diagnostische Retroflexion auch behandlungsbedürftig sei etc.* *.

* *Anmerkung des Referenten.* Ich bin ganz entgegengesetzter Ansicht und rathe le Retroversio-flexio uteri mobilis (bei der im zeugungsfähigen Alter stehenden au) zu corrigieren. Ich verweise auf das, was ich in *Gyn. Helv.* II, pag. 150-151 d in *Gyn. Helv.* III, pag. 73-74 gesagt habe. Sobald die Herren « Abstinenten » aufgezählten Gründe für die Behandlung der Retroflexio uteri mobilis einmal ederlegt haben werden, werde dann die « Retroflexio uteri mobilis ohne Symptome » t venia verbo) auch in Ruhe lassen.

An der pathologischen Dignität der Rückwärtsverlagerungen des Uterus hält of. *Menge* trotz der gegenteiligen Anschauungen, die in den letzten Jahren von hlreichen angesehenen Fachgenossen geäussert wurden, dennoch ebenfalls fest. (Zentralbl. f. Gyn. N° 21, 1904.)

Bei 11 Patienten wurde die *Alexander-Adam'sche* Operation ausgeführt; bei der ersten Patientin, bei welcher 4 Monate vorher von anderer Seite die Verkürzung der lig. rotunda ausgeführt worden war, nahm Tschudy wegen totalem Recidiv die « *Ventrofixatio uteri* » vor.

Bei Nulliparen sind die Lig. nicht selten so dünn, dass man sich « a priori » keinen grossen Erfolg versprechen kann. Tschudy *hat denn auch unter einer Reihe von « Alexanderoperationen » schon mehrere Recidive bei Nulliparen beobachtet.* Dass es auch andern Operateuren nicht besser geht, beweist der oben erwähnte Fall von Ventrofixation, der ebenfalls eine Nullipara betraf.

B. Ovarien: *1. Gutartige Geschwülste.* 5 Fälle. Interessant war in einem Falle (N° 2) die Lage des Cystoms zu den übrigen Beckenorganen; die fragliche Cyste hatte sich offenbar zunächst ganz in der Tiefe des kleinen Beckens entwickelt und hatte dann mit Zunahme ihres Volumens *den Uterus mehr und mehr aus der Bauchhöhle verdrängt und nach oben gehoben*, so dass dieser schliesslich fast « in toto » oberhalb der Symphyse stund. Die Blase war ebenfalls mit dem Uterus ganz aus dem kleinen Becken herausgedrängt. Im fünften Falle handelte es sich um eine *rechtsseitige Ovarialcyste, compliciert mit rechtsseitigem Pyosalpinx.* Da eine Exstirpation des Tubarsackes, der äusserst festen und ausgedehnten Verwachsung wegen absolut unmöglich war, so wurde zur Entleerung und Drainage desselben geschritten:

« Der Tubarsack wird, unter Abschluss der Bauchhöhle durch Compressen, vom eröffneten lig. lat. aus mit dem Messer eröffnet; es entleert sich zunächst seröse, gelbliche Flüssigkeit, dann folgt dicker, gelber *Eiter*. Der letztere wird gründlich und peinlich genau entfernt, dann wird die eröffnete Kuppe des Lig. lat. derart mit dem Peritoneum parietale vernäht, dass unter Abschluss der freien Bauchhöhle ein Jodoformgazestreifen von aussen bis in den Tubarsack hineingeleitet werden kann. Hierauf Schluss der übrigen Bauchwunde. »

Das Verfahren, das sich hier aus der Sachlage gleichsam von selbst ergab, dürfte auch in andern, ähnlichen, schwierigen Fällen unter Umständen zur Anwendung kommen.

2. Maligne Geschwülste. 2 Carcinome, die erst später Beschwerden verursachten und zwar erst dann, als die Erkrankung bereits auf das Peritoneum übergegriffen und zur Bildung eines Exsudates geführt hatte, somit der Zeitpunkt zur Radicaloperation bereits überschritten war.

3. Entzündungen des Ovariums. Der beobachtete Fall ist seiner Beziehungen zum Darme wegen beachtenswert. Wegen Oophoritis ...

erioophoritis chronica, namentlich aber wegen starker Schmerzen und armerscheinungen (Anfälle von Koliken), Laparotomie. Offenbar kam ;, in Folge der Verwachsung der Flexur mit dem Ovarium, bei gewissen üllungszuständen des Darmes, zu einer teilweisen Abknickung desselben ›erhalb der Adhæsion (sehr feste, nur mit der Scheere lösbare Verachsung) und damit zur Auslösung der Kolikanfälle *.

C. Tuben. 7 Fälle von *Pyosalpinx.* 3 von diesen heilten ohne operativen ingriff unter Soolbad und Ichthyolbehandlung, einer war compliziert it Ovarialcyste und die 3 letzten repräsentierten sehr schwere Erkrankıgen: ausserordentliche Adhæsionsbildung in der Umgebung der Tubarcke; ausgedehnteste Verwachsungen mit dem Darm.
Trotzdem in zweien dieser letzten Fälle Eiterherde mit zweifellos noch cht virulentem Inhalte eröffnet wurden, trat eine Infektion nicht ein. *ieser günstige Ausgang ist nur dem Umstande zu verdanken, dass* Tschudy *st nach genauem Abschluss der freien Bauchhöhle, gegenüber dem ›erationsgebiet, durch Compressen, an die Auslösung der Pyosalpinx rangeht.*

D. Vagina. 11 Fälle von *Prolapsus vag.*, sämtliche nach der von Hegar gegebenen Methode der *Colpoperineoplastik* operiert. In 2 Fällen wurde sserdem noch wegen bestehender Retroflexio uteri in derselben Sitzung : *Alexander-Adam'sche* Operation ausgeführt. In einem Falle von talprolaps des Uterus wurde der Prolapsoperation noch die *Ventroatio uteri* angeschlossen. In einem weitern Falle wurde ausser der :xander-Adam'schen Operation auch gleichzeitig noch eine *Leisten-·nie* mitoperiert.
Dammriss III. Grades. Bei der *Operation* wurde zunächst die « Inverı » der vorderen Vaginalwand durch die Colporrhaphia anterior

Anmerkung des Referenten. Ich habe am 4. Oktober 1903 in der *Mackenrodt'schen* ıik in *Berlin* einen sehr interessanten Fall von *Compression eines Ureters durch : erkrankte Tube* zu beobachten Gelegenheit gehabt: Kolikartige Schmerzen in rechten Unterbauchgegend. *Diagnose ungewiss.* Schnitt wie zur *Mackenrodt'schen ·aperitonealen Aufsuchung des Harnleiters.* Tube stark verändert und leicht am c. vermiform. adhaerent. Exstirpation der Tube (und Resection des Wurmfortsatzes) den rechten Ureter comprimiert hatte und somit zur zeitweisen Harnretention liken) Veranlassung gegeben hatte. Noch im Verlaufe der Operation, nahm der ıer wesentlich verdickte Ureter normalen Umfang an.
inen Fall von Verwachsung der rechten Tube mit dem Proc. vermiform, wodurch Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, der Diagnosenstellung klar zu Tage tritt, hat ›erlin beobachtet: *Gyn. Helvet.* II, pag. 142 oben.

beseitigt, dann der Damm-Rectumdefekt nach *Lawson Tait* plastisd geschlossen.

E. Vulva. 3 Fälle von *Exstirpation* der Vulva, wegen hartnäckiger *Pruritus* (mit gutem Erfolg), wegen *Carcinom* und wegen *Lymphangio* (sehr seltene Affektion)*:

22-jähriges Mädchen; zuerst ausgedehnte condylomatöse Wucherungen, dann tr allmählig mehr und mehr eine *Elephantiasis vulvæ* in den Vordergrund, währen die bläschen- und knotenförmigen Efflorescenzen mehr zurücktraten.

Die von Dr *Heuss* ausgeführte microscop. Untersuchung bestätigte die Diagno

---

Dr. Haeberlin, Zürich:

Aus dem

Jahres-Bericht der Privatklinik von Dr. Hæberlin in Zürich pro 1902

(Buchdruckerei Müller, Werder & Cie., Zürich, 1903.)

Es soll hier nur auf den Abschnitt: « *Neue Operationen und Operationsmethoden* » eingegangen werden:

1. *Bildung einer künstlichen Scheide.* Zwischen Mastdarm und Bla wurde stumpf eine Höhlenwunde geschaffen und dann in 2 Sitzunge je 2 seitliche Hautlappen, der Vulva und den Oberschenkeln entnommen transplantiert. Bei der Entlassung bestand ein für den Daumen durchgängiger, ca. 6 cm langer Kanal. Nachdem die wunden Stellen sich « per granulationem » geschlossen hatten, begann die systematisch Ausweitung der neugebildeten Vagina. Später war Coitus möglich un hatte die Scheidenwand ganz den Schleimhautcharakter angenommen

2. *Pruritus vulvæ.* Tavel'*sche Operation.* **) In Cocainanesthesie wurden die sensiblen Aeste des Nervus pudendus ext. ausgerissen. Da Jucken ist weggeblieben, dagegen klagt Patientin von Zeit zu Zeit über zerrende Schmerzen im Damm und der Vulva, wohl als Teilerscheinung hochgradiger Nervosität.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, pag. 162: Dr *Sacharoff:* « Anatomisch-klinische Untersuchungen über einen Fall von Elephantiasis vulvæ » (mit hübscher Abbildung au der *Jentzer'schen* Klinik), sowie diesen Jahrgang: die Arbeit von *Heuss* (mit makroskop. und mikroskop. Abbildung).

** Siehe diesen Jahrgang unter « Veröffentlichte Originalarbeiten ».

3. *Entfernung der krebsigen Gebärmutter vermittelst Bauchschnitt nach Vertheim**. Ein Fall mit nach rechts schon ziemlich fortgeschrittenem ervixcarcinom konnte nach 16 Tagen entlassen werden und erfreut sich is jetzt der besten Gesundheit.

In einem Fall von Recidiv nach vag. Exstirpation gelang es, die krebsig ntarteten Lymphdrüsen längs der Art. iliaca int. zu entfernen, wogegen in Teil des Parametriums, das mit der hinteren Blasenwand breit ver- rachsen war, zurückgelassen werden musste. Exitus nach 9 Monaten.

4. *Vaginale Verkürzung der runden Mutterbänder*. 2 Fälle. Der 'orteil dieser Methode ist besonders in die Augen springend bei den 'atientinnen, bei denen in der gleichen Sitzung noch weitere Eingriffe on der Scheide aus vorgenommen werden, z. B. Colporrhaphie, oder wo las vordere Scheidengewölbe schon eröffnet war.

* *Anmerkung*. Die Krebsoperateure seien *ganz speziell* auf die neueste Publication on *Schauta* aufmerksam gemacht, die auf breiter Basis aufgebaut die Zweckmässig- eit der « Drüsen-Suche » auf abdominalem Wege sehr in Frage stellt. *(Schauta: Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs*. Monatschrift für Geb. Gyn. B. XIX, Heft 5, pag. 475, 1904.)

IV.

Mitteilungen aus der Praxis.

Dr. J. Bastian, Genf:

Becken mit lumbo-sacraler Kyphose. Ausgetragenes Kind. Conservativer Kaiserschnitt.

Bassin à cyphose lombo-sacrée. Enfant à terme. Opération césarienne conservatrice.

(Revue médicale de la Suisse romande. N° 9, pag. 622, 1903.)

34-jährige Primipara; in der Lumbosacral-Gegend eine starke Kyphose; oberhalb dieser eine sehr stark ausgesprochene Compensations-Lordose. Sehr wahrscheinlich geringer Grad von Spondylolisthesis.

Sp. 27 cm. Cr. 29 cm. Tr. 25 DB. 22,5 cm.

C. v. 10,5 cm. Sp. ischiadicae 5 cm. Diam. Pub. Coccy. 6,5 cm.

Da die Schwangere ein lebendes Kind zu haben wünscht, so wird beschlossen, am Ende der Schwangerschaft die Sectio caesarea auszuführen.

Operation am 24. Januar, nachdem in der vorhergehenden Nacht leichte Schmerzen « in abdomine » aufgetreten waren. Uterus wird herausgewälzt; das Collum wird provisorisch comprimirt. Kind, in erster Schädellage, wird durch die Längsincision herausgezogen, manuelle Entfernung der Placenta. Tamponade der Uterushöhle mit Xeroformgaze. Bilaterale Resektion der Tuben und Versenken der Stümpfe zwischen die beiden Blätter des lig. latum. Das Abdomen einmal geschlossen, wird die von oben her in den Cervicalkanal geschobene Xeroformgaze in die Vagina etwas herabgezogen. Mutter und Kind gesund.

Bastian gibt zum Schluss eine *kritische Studie* der verschiedenen event. in Betracht zu ziehenden Verfahren: *Künstliche Frühgeburt; Symphyseotomie; Operation von Kraske; Sectio Caesara;* (conservativ oder radikal).

Anmerkung des Referenten: Bastian hat einer Operations-Methode nicht gedacht, e event. hätte mit Vorteil in Anwendung gebracht werden können, nämlich der n *Gigli* im Jahre 1894 wieder empfohlenen « *Extramedianen Spaltung des Beckenages* » oder wie *van de Velde* diese Methode im « Zentralblatt f. Gyn,. Nr. 37, 1902 » ufte, der « *Hebotomie* ».

Die Operations-Technik beschreibt *van de Velde* in seiner neuesten rbeit: « *Hebotomie mit bleibender Erweiterung des Beckens* » (Wiener inische Wochenschrift Nr. 29, 1903), folgendermassen:

« Die Hebotomie wird am besten mit einem äusserst einfachen Instruentarium ausgeführt; eine halbstumpfe, kräftige Nadel (vom Instruentenmacher *Mathot* in Haarlem angefertigt), mit einem an einer Seite fenem Oehr und einer *Gigli-Säge* bilden die vornehmsten Bestandteile.

Man macht den Hautschnitt, indem man der Linie *a—b* in der Figur 33 ılgt und dringt dann mit dem Zeigefinger der linken Hand in der nteren Wundecke stumpf ein, bis der Finger den hinteren Unterrand es Schambeins erreicht hat.

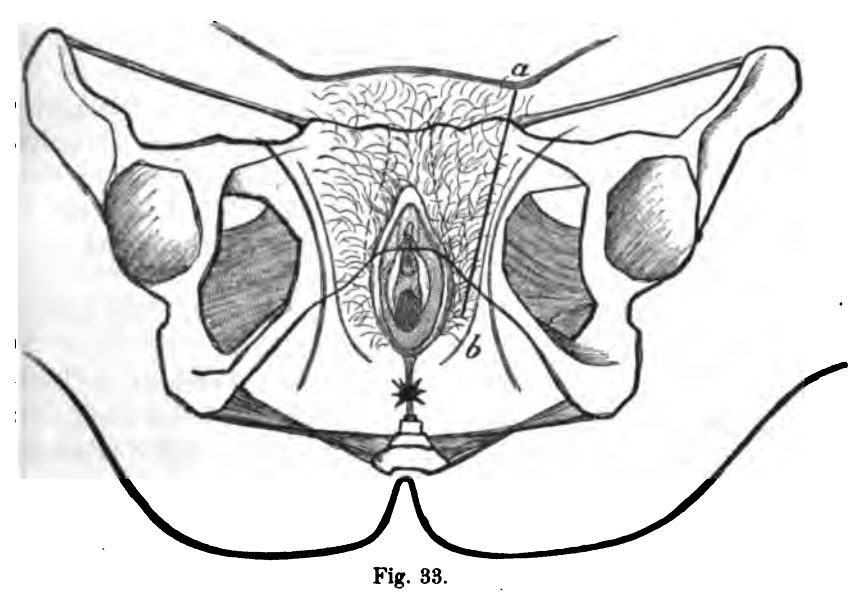


Fig. 33.

Während er da liegen bleibt, um die Nadel zu führen, legt man die ɪtztere, die Spitze nach hinten und nach unten gerichtet, an das Schamein und bringt dadurch, dass man den Griff nach unten sinken lässt nd zugleich die Nadel etwas gegen die Hinterfläche des Schambeins nzieht, die Spitze in der Richtung des Hautschnittes hinter dem

Schambein entlang nach oben, wo sie in der oberen Wundecke wieder herauskommt. Die Drahtsäge wird eingehackt und die Nadel in umgekehrter Richtung zurückgezogen. Nun liegt die Säge hinter dem Schambein. Durch eine einfache Handbewegung kann man den Ring der Säge aus dem Oehr und um das Heft der Nadel gleiten lassen, wodurch man sogleich einen Handgriff bekommt und das Durchsägen kann in wenigen Sekunden geschehen: *die Hebotomie ist ausgeführt.*

Die Säge wird unten aus der Wunde — man denke daran, dass die Muskel- und Faszienschicht nicht getrennt wird — zurückgezogen, eine event. geringe Blutung leicht durch festes Aufdrücken einer Gazekompresse zum Stehen gebracht, die Wunde ferner sorgfältig mit Verbandmaterial bedeckt und darüber hin der innere Rand des Labium majus mit einer Kugelzange auswärts gezogen. Dies letztere tue ich, um zu verhindern, dass bei dem nun folgenden Ende der Geburt die Wunde in Berührung komme mit den Flüssigkeiten, welche aus der Vagina fliessen.

Gerade auf die vollkommene Trennung der Hebotomiewunde von dem Geburtsweg lege ich grossen Wert. In Fällen, in denen eine Kompression zur Unterdrückung einer Blutung nicht mehr nötig ist, würde ich eine unmittelbare Schliessung der Wunde mit vollkommenem Occlusivverband noch vorziehen. Andernfalls schliesse man die Wunde mit einigen oberflächlichen und einigen ein weniger tiefer greifenden Nähten sofort, nachdem die Geburt abgelaufen ist. In die untere Wundesecke lege ich gerne für ein paar Tage einen dünnen Gummidrain, während in die Blase ein Pezzer Dauerkatheter eingeführt wird.

Bis jetzt sind 12 Fälle so operiert worden, *alle Mütter sind ganz genesen und alle Kinder sind lebend geboren worden* *.

Da es sich bei der Hebotomie um zwei gesunde Knochenwundflächen handelt, so wird eine Beckenerweiterung von selbst dadurch herbeigeführt, dass die Kallusbildung eine Diastase von 1,5 — 2 cm leicht überbrückt.

Anmerkung. Wir Schweizer-Aerzte haben allen Grund dieser eben beschriebenen Operations-Methode unsere volle Aufmerksamkeit zu schenken, ist selbe doch zum erstenmal von unserem Tessiner-Collegen *Dr Bonardi in Lugano*, am 7. Mai 1897 mit vollem Erfolg in einer armseligen Hütte zur Anwendung gekommen.

Nach *Bonardi* haben sich folgende Geburtshelfer um die « praktische Verwendung » verdient gemacht:

Calderini (6. VII. 1899); *Van de Velde* (28. VIII. 1901 und 23. VII. 1902); *Gigli* (3. IV. 1902); *Scarlini, Saladino, Pestalozza, Meurer* und *Leopold Meyer.*

* *Anmerkung.* Nach einer brieflichen Mitteilung hat *van der Velde* eine weitere *Hebotomie* mit bestem Erfolge und bleibender Erweiterung des Beckens ausgeführt.

Dr. P. M. Besse, Genf:

Geburtshilfliche Paralyse des linken Armes.

Paralysie obstétricale du membre supérieur.

Clinique obstétricale de Genève:
Prof. Dr. A. Jentzer.

(Revue médicale de la Suisse romande. N° 6, pag. 425, 1903.)

Primipara; nach Aussage der Hebamme haben die Wehen vor vier ıgen begonnen. Kopf beweglich über Beckeneingang, Rücken links; ısserer M. m. kaum handtellergross. Da am folgenden Tage der Kopf was ins Becken eingetreten, so wird die Zange im queren Durchesser appliziert; muss dann abgenommen (Drehung) und nochmals ıgelegt werden.

Kind von 52 cm Länge, 3200 gr. Gewicht; die linke Gesichtshälfte und ›r linke Arm sind schlaff. Man konstatiert deutliche Spuren der ersten ıngenapplication: der linke Löffel stützte sich auf die rechte Frontal›gend und comprimierte die Regio submaxillaris und parotidialis, wie die Subclavicular-Gegend, die Gegend des M. Sterno-Mastoideus ıd die seitlichen Bezirke der Halswirbelsäule.

Der Mund des Neugebornen ist deutlich nach rechts verzogen; das ıke Auge kann nicht geschlossen werden und die Nasalfalte dieser ›ite ist verstrichen. Der linke Arm ist gelähmt (Musc. deltoideus und xtensoren). Das Kind wurde zu einer Amme aufs Land gebracht und ›ilte dort unter Massage etc. Behandlung. Der vorliegende Fall gibt esse Gelegenheit, auf den Mechanismus des Zustandekommens der ıgenannten Erb'schen Lähmung einzugehen. « Entsteht diese, wie eine ühere Theorie annahm, durch *Compression der Halswirbelsäule* oder ie eine moderne Hypothese will, durch « *Elongation* » *der betreffenden 'ervengebiete?* »

Die obige Beobachtung ist ein Paradigma der Compression des Erb*hen Punktes*; bei der ersten Zangenapplikation hatte der kindliche ›hädel seine Rotation nicht in der Zange, sondern mit derselben geacht, der rechte Zangenlöffel wurde daher hinter der Symphyse auf›halten und dort von dem Kopf fixiert; bei dieser Gelegenheit fand ne starke Compression der hintern, linkseitigen Gegend des Musc. erno-mastoideus statt.

Doc. Dr. O. BEUTTNER, Genf:

Die transversale Laparotomie in der Gynækologie.
La laparotomie gynécologique transversale.

(Revue médicale de la Suisse romande. N° 7, pag. 473, 1903.)

Verfasser will, an Hand einiger von ihm während der Operation auf genommenen Photographien, die Leser für den RAPIN-KÜSTNER'schen und den PFANNENSTIEL'schen transversalen Schnitt interessieren.



Fig. 34.

Auf Tafel VII und VIII werden die einzelnen Phasen der Eröffnung und Schliessung des Abdomens (Ventrofixation) illustriert.

DIE TRANSVERSALE LAPAROTOMIE IN DER GYNÆKOLOGIE

Nach Doc. Dr. O. Beuttner, Genf.



Transversaler Schnitt durch Haut und Fascie *(Pfannenstiel)*; Abpräparieren der Fascie on der Linea alba und Zurückziehen (nach oben) mit einem Schieber. Man sieht deutlich ie beiden Musculi recti.

DIE TRANSVERSALE LAPAROTOMIE IN DER GYNÆKOLOGIE.

Nach Doc. Dr. O. Beuttner, Genf.



Die Ventrofixationsfäden sind, auf der inzwischen mit Seidennaht geschlossenen Fascie, geknotet worden; es bleibt nur noch eine relativ kleine quere Hautwunde zu vereinigen. In der rechten Hand hält der Operateur den *Beuttner'schen Nadelhalter*. Beckenhochlagerung.



Das Abdomen ist wieder geschlossen (nachdem man den retroflektierten, fixierten Uterus befreit); man sieht die wiedervereinigten Musculi recti und zwei Ventrofixationsfäden, die durch 4 *Kocher'sche* Schieber gehalten werden. Beckenhochlagerung.

Fig. 34 zeigt die Applikation der BEUTTNER'*schen Laparotomie-Binde* « post operationem ».

Fig. 35 demonstrirt die Heilung der Laparotomie-Wunde.



Fig. 35.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 1: *O. Beuttner:* « Suprasymphysärer ogenschnitt nach *Rapin-Küstner* »; *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 2: *O. Beuttner:* Suprasymphysärer Fascienquerschnitt nach *Pfannenstiel*; *Gynæcologia Helvetica* I, pag. 17: *v. Fellenberg:* « Ueber den suprasymphysären Bogenschnitt nach *üstner* »; diesen Jahrgang: *v. Fellenberg*: « Zur Vermeidung der Haematombildung ıch *Küstner's* suprasymphysären Kreuzschnitt ».

Doc. Dr. BOURCART, Genf:

Aeussere Ueberwanderung des Eies nach Exstirpation des linken Ovarium und der rechten Tube, nach Myomectomie und Ventrofixation des Uterus.

Migration externe de l'ovule dans un cas de l'extirpation de l'ovaire gauche et de la trompe droite, compliqué de myomectomie et d'hystéropexie abdominale.

(Revue médicale de la Suisse romande. N° 5, pag. 338, 1903.)

35-jährige Pluripara; letzte Geburt vor 12 Jahren; Curettage; Cauterisation mit 40°/o Zinkchlorür. Colpotomia posteriora; Enucleation eines faustgrossen Uterusmyoms; Abtragung des cystisch erkrankten l. Ovariums; ein Jahr später Laparotomie: Retroflexio uteri fixata: Ventrofixation; linke Tube gesund; rechtes Ovarium vergrössert, polycystisch, adhärent am Tubentrichter und am Proc. vermiform; diese drei letzteren Organe sind durch Bänder und Adhärenzen zusammengehalten: Resektion des Wurmfortsatzes der rechten Tube und eines grösseren Abschnittes des Ovariums, so dass von diesem letzteren nur ¼ übrig bleibt. Abdrehen eines kleinen Schleimhautpolypen des Cervicalkanales. Ein Jahr nach der zweiten Operation war Schwangerschaft eingetreten und die Geburt endete mit der Extraktion eines 8½ Pfund schweren Mädchens. Manuelle Placentarlösung. Einmalige Temperaturerhöhung am 3. Tag bis zu 39.6°.

Es handelt sich hier um einen typischen Fall von äusserer Ueberwanderung des Eies? Durch welche Kräfte ist das Ei in die linke Tube gelangt? Durch die Aspiration der Flimerepithelien des Tubentrichters? BOURCART bezweifelt dies unter den gegebenen topographischen Verhältnissen; die Gründe die dagegen sprechen, werden angeführt. Es existieren Fälle, bei denen die Lage der Adnexe die äussere Ueberwandung des Eies wesentlich erleichtert, diese Fälle zeigen sich bei denjenigen Patientinnen, die eine mehr oder weniger ausgesprochene Enteroptose aufweisen und bei denen die Adnexe oft in den Douglas prolabiert gefunden werden (BOURCART).

Dr. R. von Fellenberg, Bern:

Strumektomie als Notoperation in der Schwangerschaft.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Bern.
Prof. Dr. P. Müller.

(Zentralblatt f. Gyn. Nr. 42, pag. 1233, 1903.)

Relativ häufig kommt es bei Schwangeren, die eine Struma haben, am Ende der Gravidität, oft auch schon früher, zu starker Dyspnœ, infolge der Vergrösserung, welche die Schilddrüse in der Schwangerschaft erfährt. Diese Dyspnœ kann geradezu Erstickungsanfälle hervorrufen und das Leben der Schwangeren und der Frucht ernstlich gefährden.

Zwei hiehergehörige Fälle werden nun mitgeteilt, bei denen ohne antiseptische Massnahmen, als Notoperation, die Strumektomie ausgeführt wurde, mit folgender Heilung.

Die hier geübte Therapie ist, trotzdem sie keine ideale ist, für gewisse Fälle von plötzlicher Kropfdyspnœ in der Schwangerschaft, zu empfehlen. Die Tracheotomie hat daneben ihre volle Berechtigung, kann aber bei einem stärker geschwellten Isthmus thyreoideal. manchmal nur mit der grössten Schwierigkeit ausgeführt werden und führt dann oft nicht, oder nur mit Hindernissen, zum Ziel.

Den beiden Patientinnen wurde während 10—14 Tagen täglich 3—4 mal 0,3 gr Thyreoidin verabreicht, um einer Tetanie vorzubeugen.

In einem dritten Falle hat v. Fellenberg, bei einer 25-jährigen Schwangeren, wegen erheblicher Dyspnœ, allerdings unter aseptischen Kautelen, kurz vor der Entbindung die Struma excidiert. Auch hier wurde Thyreoidin verordnet.

Dr. R. von Fellenberg, Bern:

Zur Vermeidung der Haematombildung nach Küstner's suprasymphysärem Kreuzschnitt. *

Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Karl Heil in Nr. 45 der Münch. med. Wochenschr.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Bern:
Prof. Dr. P. Müller.

(Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 2, 1903.)

Auf der *Berner-Klinik* ist man in letzter Zeit in einigen Punkten vom dem von v. Fellenberg im Zentralblatt f. Gyn. 1902, Nr. 15 angegebenen Verfahren abgegangen.

Es werden keine Glasdrains mehr eingelegt, sondern nur versenkte Katgutnähte zwischen Haut und Fascie appliciert. Die hässlichen punktförmigen Narben der Hautnaht hat man dadurch zu vermeiden gesucht, dass man am 3.-6. Tage die Nähte entfernte und sie durch schmale, quer zur Wundlinie verlaufende, mit Kollodium befestigte Gazestreifchen ersetzte.

Auf der P. Müller'schen Klinik wird eigentlich nicht der (Rapin-) Küstner'*sche suprasymphysäre Kreuzschnitt,* sondern der *suprasymphysäre Bogenschnitt* ausgeführt, d. h., der P. Müller'*sche Hautschnitt* liegt so weit nach unten (beinahe oder ganz auf der Symphyse), dass eine Kreuzung der queren, bogenförmigen Schnittwunde, mit dem sagittalen Fascienschnitt, nicht stattfindet.

Es handelt sich also um einen *Ankerschnitt* und nicht um einen *Kreuzschnitt.*

Doc. Dr. E. Heuss, Zürich:

Ueber Helmitol, ein neues Harndesinfiziens. **

(Monatsheft für praktische Dermatologie. 36. Band, 1903.)

Die überlegene Wirkung des Helmitols beruht auf dem fundamental wichtigen Unterschied, dass es viel leichter und rascher als Urotropin Formaldehyd abspaltet.

* *Anmerkung.* Siehe *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 17: *R. v. Fellenberg:* « Ueber den suprasymphysären Bogenschnitt nach *(Rapin-) Küstner* ».

** Siehe *diesen Jahrgang* unter « Dissertationen »: *Dr Müller*: « Helmitol, ein neues Harnantisepticum ».

Seine Vorzüge bestehen, zusammengefasst, in:

1. Energischer, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhender desinektorischer Wirkung auf den Urin, welch letztere diejenige des Uroropins um das Vier- bis Sechsfache übertrifft.

2. Der Ungiftigkeit. (Das Helmitol ruft selbst in grösseren Dosen :eine Magenstörungen hervor und reizt in 1—2% Lösung die Blasenchleimhaut nicht).

3. Seinem angenehmen Geschmack.

Dr. P. Jaunin, Chexbres:

Ein Fall von suspendiertem Abortus (Missed abortion).

Un cas d'avortement suspendu (Missed abortion).

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 12, pag. 828, 1903.)

31 Mehrgebärende; letzte Regeln Ende Februar 1903; am 12. Sept. 903 geringer Blutverlust; am 19. September starker Blutverlust.

Status vom 24. September: Uterus hart, 2 Querfinger breit oberhalb ler Symphyse; Cervicalcanal wenig dilatiert: Man war geneigt an einen ıbortus von 3 Monaten zu denken, aber die Anamnese etc. drängte zur *Diagnose:* Schwangerschaft von $6^1/_2$—7 Monaten; Entwicklung des Eies, ıfolge eingetretenen Fruchttodes, unterbrochen; suspendierter Abort.

Am 29. September gebar Patientin einen mumificierten Foetus von 5 mm Länge, was einem Alter von 9 bis 10 Wochen entsprechen rürde; der Foetus wäre also mehr als 4 Monate im Uterus zurückgealten worden.

Es werden an dem Foetus *verschiedene Missbildungen* konstatiert: ahrscheinlich *Encephalocele, Mangel des linken Auges; der rechte Arm ird nur durch einen kleinen Zapfen representiert,* der viel tiefer am horax inseriert, als der normal entwickelte linke Arm; *die untern Extremitäten* scheinen *ebenfalls unvollständig und ungleich entwickelt.*

Die *Veterinär-Mediziner* haben oft Gelegenheit suspendierte Aborte, esonders bei der Kuh, zu constatiren. Die Beobachtung wird hier durch en Umstand wesentlich erleichtert, dass man genau den Termin der egattung kennt.

Prof. Dr. A. Jentzer, Genf:

Ein neues Zeichen von mehrfacher Schwangerschaft.

(Zentralblatt f. Gyn. Nr. 17, pag. 514, 1903.)

Jentzer teilt eine Beobachtung mit, die dem Geburtshelfer erlaubt, in bestimmten Fällen, das Vorhandensein einer mehrfachen Schwangerschaft mit Sicherheit zu konstatieren:

27-jährig Mehrgebährende; letzte Regel am 8. November 1900. 15. VI. 1901 Becken normal. Abdomen stark aufgetrieben, 102 cm. messend. Bei der Auscultation hört man deutlich rechts und links kindliche Herztöne; ein Unterschied in der Frequenz ist nicht wahrzunehmen.

Beim Auflegen der Hände auf den unteren Teil des Bauches, fühlt man unmittelbar über der Symphyse einen wenig nach links abgewichenen Kopf; ebenso findet man rechts einen Kopf, der leicht nach der rechten Fossa iliaca hin abweicht.

Auffällig ist, dass man, wenn man die zwei Köpfe von beiden Seiten her anfasst und gegeneinander stösst, dasselbe Gefühl hat, wie beim Anschlagen zweier Billardkugeln unter Wasser. Dieses Zeichen der mehrfachen Schwangerschaft konnte zu wiederholten Malen nachgewiesen werden.

Doc. Dr. R. König, Genf:

Eklampsie, enorme Placenta.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Genf:
Prof. Dr. A. Jentzer.

(Zentralblatt f. Gyn. Nr. 40, pag. 1177, 1903) und
(Revue Médicale de la Suisse romande. N° 6, pag. 421, 1903.)

Die neueren Forschungen über Pathogenese der Eklampsie veranlassen König folgenden Fall mitzuteilen:

36-jährige III para. Letzte Regel Ende Juli 1902. Aufnahme in die Genfer-Frauenklinik am 5. Mai 1903, unmittelbar nach Beginn der Wehen. Urin sehr dunkel, enthält 10 °/₀₀ Eiweiss und zahlreiche granulierte Cylinder. (Harnstoff 5,7 °/₀₀; Gefrierpunkt —0,75°).

5. Mai 8 Uhr morgens: Erster, typischer, eklamptischer Anfall, von kurzer Dauer. ›ilatation mit *Bossi* « Gewissenszange » erfolglos, deshalb Perforation (sehr grosser, arter Kopf in Hinterscheitelbeinstellung, mit seinem grössten Durchmesser noch ber dem Beckeneingang). Manuelle Placentarlösung. Die Cervix, im Speculum ein- estellt, erweist sich als intakt.

Die Placenta wiegt 1620 gr., misst 25 bis 26 cm im Durchmesser und ,5 Randdicke, bietet sonst makroskopisch noch mikroskopisch irgend twas Abnormes.

Zwei weitere eklamptische Anfälle führen am 6. Mai den Exitus erbei.

Nach König gestattete die enorm grosse Kontaktfläche, zwischen nütterlichem und kindlichem Organismus, eine besonders massive Ab- gabe von fœtalen Produkten, der das mütterliche Blut offenbar nicht ;ewachsen war. Im vorliegenden Falle stand das Volumen der Placenta ;anz ausser Verhältnis zu dem der Frucht.

Doc. Dr. R. König, Genf:

Die P. Müller'sche Kolpektomie wegen Uterusprolaps*.

P. Muller's Method of Colpectomy for Uterine Prolapse.

(The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire. September 1903.)

Da weder während der Verhandlungen der « *British Medical Associa- ion* », noch im Verlaufe des *Congresses in Manchester*, der *P. Müller- chen Methode* zur operativen Heilung des Uterusprolapses nur mit inem Wort Erwähnung getan worden ist, so will König diese vorzüg- iche Methode warm empfehlen, vorausgesetzt, dass folgende Verhält- nisse vorliegen:

1. Der Vorfall der Scheide muss ein vollständiger sein oder die Scheide nuss sich, durch Zug am Uterus, doch vollständig evertieren lassen, onst würde die Vaginal-Umscheidung eine zu schwierige werden.

2. Die Patientin muss die Menopause hinter sich haben und auf den Coitus verzichten.

* *Anmerkung.* Siehe *diesen Jahrgang*, unter: Dissertationen: *Dr V. Krükova*: « Die Kolpektomie als Prolapsoperation ».

R. KÖNIG anerkennt der P. MÜLLER'schen Methode, gegründet auf eigene und fremde Erfahrungen, folgende Vorzüge:

1. *Das Peritoneum wird nicht eröffnet; weder Blase noch Rectum kommen in Gefahr; es wird nur ein unbedeutendes Trauma gesetzt, daher kein Shok.*
2. *Einfachheit der Technik und kurze Dauer des Eingriffes.*
3. *Ein Anæstheticum ist nicht absolut notwendig.*
4. *Pat. muss nur für wenige Tage das Bett hüten; daher Verhütung der Complikationen, die bei älteren Personen, nach Narkose und längerem « Bettliegen », sich einzustellen pflegen.*
5. *Unmöglichkeit eines Recidives.*

Dr. J. MICHALSKI, Wetzikon :

Kasuistischer Beitrag zur Fremdkörper-Appendicitis.

(Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 20, pag. 689, 1903.)

11 Jahre alte Schülerin erkrankte am 5. Februar 1903 an heftigen Schmerzen in der rechten Fossa iliaca.

Diagnose: Appendicitis acuta.

Therapie: Absolute Bettruhe, strengste Milchdiæt und kalte Ueberschläge; am 7. April 1903 *Operation:* Nach Eröffnung des Peritoneums wurde auf dem Netz ein dreieckiger, weisser, harter, in grösster Ausdehnung 4 mm messender Fremdkörper entdeckt, der durch Resektion des Netzes entfernt wird. Der Processus vermif. wurde abgetragen und nun auf dem Cœcum, ca. 8 cm oberhalb der Nahtstelle und auf dem Ileum ca .20 cm von der BAUHINI'schen Klappe entfernt, je ein weiterer Fremdkörper gefunden; beide wurden entfernt; Schnittwunde wurde in Etagen vernäht; keine Drainage. Heilung verlief ohne irgend welche Störung.

Der Processus vermiformis zeigte an der Spitze eine kleine Cyste; eine Perforationsöffnung konnte nicht entdeckt werden.

Epikrise: Anamnestisch ist zu erwähnen, dass das Kind oft frische Eier roh austrank, nachdem es an beiden Enden kleine Oeffnungen in die Schale gemacht hatte. Das Kind verschluckte sehr wahrscheinlich, indem es auf obengenannte Weise ein Ei austrank, ein Stückchen Schale

iese gelangte in den Proc. vermiformis und erzeugte die Appendicitis. der Nacht vom 7. bis 8. Februar perforierte die Eierschale die Wanıng und gelangte so in die freie Bauchhöhle. Die Perforationsöffnung ır natürlich nur lineär und verschloss sich bald wieder.

Dr. M. Naef, Oerlikon:

ber eine ungewöhnliche Komplikation bei der Pessar-Behandlung des Prolapsus uteri.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 10, pag. 328, 1903.)

72jährige Landwirtswitwe mit « Vorfall ». Die Untersuchung ergab ıen hochgradigen Prolapsus der Vagina und des Uterus; nach Reposion des Uterus wird ein Hartgummiring nach Braun, von zirka 8 cm ırchmesser, eingelegt. Nach einem Jahre erwies sich die Herausnahme s Pessars als unmöglich. Es war eine solche Verengerung des Scheineingangs und der Vulva eingetreten, dass auch bei kräftigstem Zuge cht mehr als ein Drittel der Peripherie des Pessars vor die Vulva bedert werden konnte. Das Pessar wurde daher zertrümmert; von einer iteren Ringbehandlung wollte Patientin um keinen Preis mehr etwas ssen. Die Erwartung, dass ohne weitere Applikation eines Pessars der ıtus quo aufrecht erhalten bleibe, erwies sich als irrig. Nach einigen ochen konsultierte die Kranke wieder, da der Descensus bereits wieder gonnen hatte; es wurde nunmehr ein elastischer Ring nach Meyer pliziert.

Die Unmöglichkeit, das Pessar zu entfernen, war nicht etwa durch das ırhandensein entzündlicher Vaginalveränderungen gegeben, sondern r durch die eingetretene Verengerung des Scheideneinganges. Der ozess kann als eine Art von Selbstheilung, nach Fortfall des die Dehng unterhaltenden pathologischen Momentes, aufgefasst werden.

Prof. Dr. A. Reverdin, Genf:

Fibrom von 48 Pfunden in der Fettzone der Niere; Abtragung des Tumors mitsamt der rechten Niere.

Fibrom du poids de 48 livres développé dans la zone graisseuse du rein; Ablation de la tumeur et du rein droit.

Kranke, seit mehreren Monaten bettlägerig; Gesicht, Thorax und Arme äusserst abgemagert (Fig. 36). Abdomen enorm entwickelt; die untern Extremitäten mit beträchtlichem Oedem behaftet (Fig. 37).

Seit 13 Monaten Cessatio mensium; Patient glaubt schwanger zu sein.



Fig. 36.

Extrauterinschwangerschaft, Fibrom, Cyste?

Die vaginale Untersuchung war wegen des Schenkel- und Vulv Oedems absolut unmöglich; die verzweifelte Lage, in der sich die Kran befand (alle und jede Funktion lag darnieder), drängte zu einem ope *tiven Eingriff:* 25 cm lange Eröffnung des Abdomens in der Linea al

ı diese erstere nicht genügt, wird auf 40 cm verlängert. Enucleation nes harten Tumors, der auf seiner vorderen Fläche die rechte Niere ägt; da diese nicht isoliert werden kann, ohne die Capsula propria oder ıs Parenchym selbst einzureissen, so wird sie exstirpiert.

Die Wundhöhle wird mit 4 zusammengeknüpften, grossen, sterilen ompressen austamponiert.

Collapserscheinungen: Esmarch'sche Binden um die unteren Extremiıten; Erheben der herabhängenden Arme; subcutane Applikation von hysiologischer Kochsalzlösung. Compressiv-Verband. Heilung.



Fig. 37.

Die *pathologisch-anatomische Untersuchung*, ausgeführt von Prof. Zahn, rgab folgendes:

Es handelte sich nicht um eine Geschwulst der Niere, sondern um eine olche, die sich in der Fettkapsel der Niere entwickelt und diese letztere ıach vorn disloziert hatte.

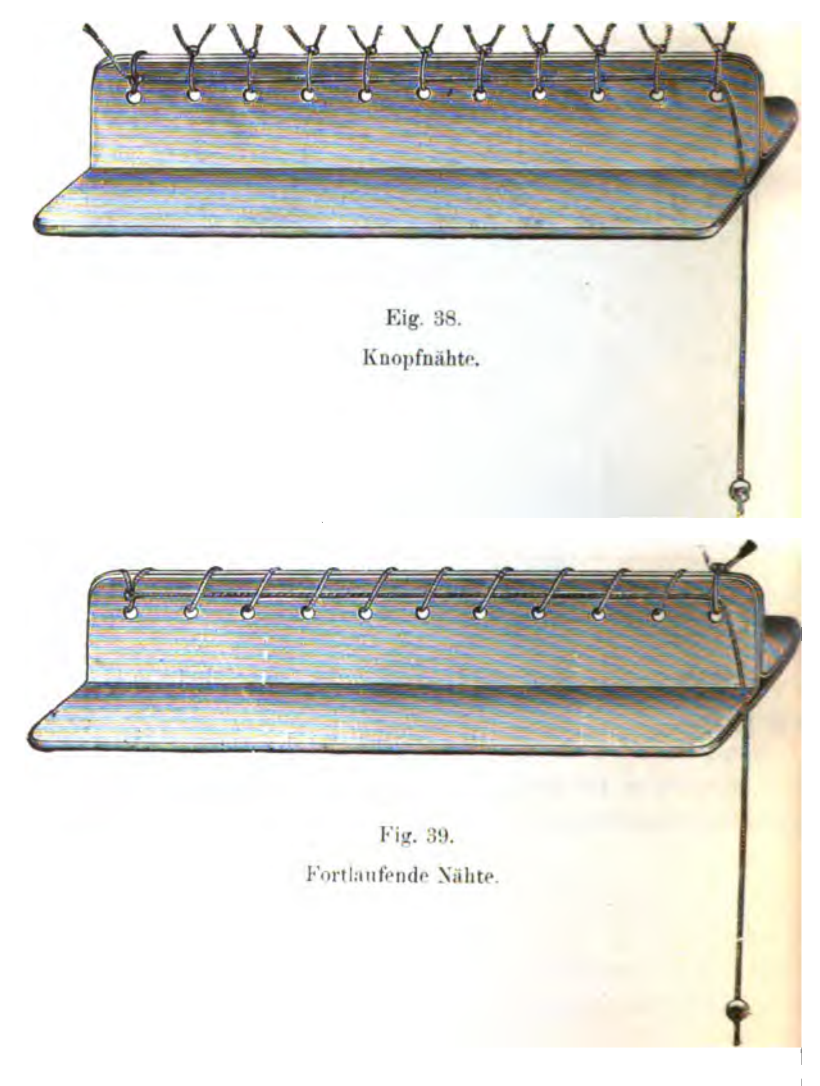
Prof. Dr. A. Reverdin, Genf:

Eine neue Naht-Methode.

Sur un nouveau moyen de suture.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Séance d
30 octobre 1901.)

Man hat sehr viel darüber geschrieben, wie man die Nähte zu applizieren hat, wenig aber. wie man solche rationell entfernen soll.



Eig. 38.
Knopfnähte.

Fig. 39.
Fortlaufende Nähte.

Der erste Knopf wird nach REVERDIN mit der Mitte des Fadens gemacht nd dann die eine der Fadenhälfte parallel zum Wundrande gelagert; will an die Nähte entfernen, so wird dieser längs gelagerte Faden etwas ge-ɔben und mit der Scheere in einfacher Weise die Nähte durchschnitten. Dieses Verfahren kann, wie folgende Figuren illustrieren, für *Knopf-ähte*, *Fortlaufende und Matratzen-Nähte* in Anwendung kommen. 'ig. 38, 39, 40, 41.)

Ansicht von vorne.

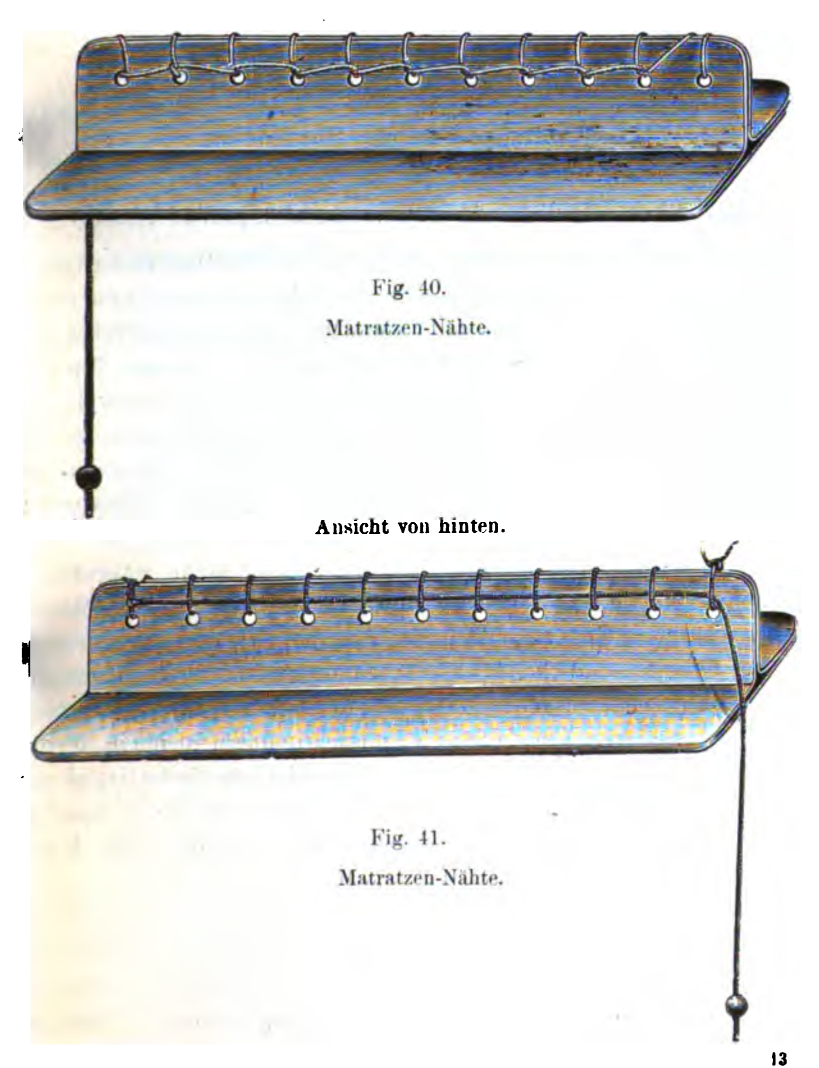


Fig. 40.

Matratzen-Nähte.

Ansicht von hinten.

Fig. 41.

Matratzen-Nähte.

Um kleine « Klemmen » leicht zu entfernen (wie z. B. die MICHEL'schen Klemmen), werden selbe mit dem « haarnadelförmigen » Metalldraht der sie zusammenhält, an die Wunde herangebracht und appliziert; beim Entfernen der « Agraffen » hat man dann nur die beiden freien Ende der « Haarnadel » von einander zu entfernen.

Dr. TAILLENS, Lausanne:

Congenitale Atresie des Duodenums.

Atresie congénitale du duodénum.

(Revue Médicale de la Suisse romande, n° 3, pag. 168, 1903.)

Geburt am 24. November 1900, am normalen Schwangerschaftsende; der Bauch des Neugeborenen soll enorm ausgedehnt gewesen sein, so dass die Hebamme sich veranlasst sah, Abdominalmassage auszuführen, worauf sich « per os » Meconium entleerte. Einbinden des Leibes. Das Neugeborene verweigert jede Nahrungsaufnahme und das mit Gewalt Einverleibte wird regelmässig erbrochen. Ein Klystier fördert eine geringe Menge einer an Meconium erinnernden Materie zu Tage. *Exitus* am 16. Dez. *Autopsie* am 17. Dez. Stark abgemagerter Körper, Leibesumfang auf Nabelhöhe 27 cm. Nach der Eröffnung der Leibeshöhle fällt zuerst die enorme Ausdehnung des Magens auf, der schief steht, während das Duodenum beinahe transversal verläuft. Nach Eröffnung des Magens, der hauptsächlich Gase enthält, findet man den Pylorus kontrahiert und nur für eine gewöhnliche, geknöpfte Untersuchungssonde permeabel: das Duodenum endet in einen Blindsack, der mit dem Magen kommunciert; am peripheren Ende dieses Blindsackes findet sich ein fibröses Band (1—2 mm dick und 1 cm lang), welches das atresische Duodenum mit der Fortsetzung des Darmes verbindet und an der Stelle inseriert, wo der Canalis choledochus in den Darm einmündet; die Galle konnte somit abfliessen.

TAILLENS bespricht dann sehr eingehend *die Aetiologie*, d. h. die verschiedenen Theorien, welche aufgestellt wurden, um die vorliegende Hemmungsbildung zu erklären; er acceptiert die von WYSS vertretene Ansicht, wonach die congenitale Duodenal-Atresie die Folge einer un-

›llständigen Vascularisation sei; diese letztere wäre natürlich als eine ·kundäre Erscheinung aufzufassen, deren primäre Ursache wahrscheinch in einer Infektion läge.

Weitere Kapitel behandeln *die pathologische Anatomie, die Symptomalogie, die Diagnose* und *die Therapie.*

Dr. VEYRASSAT und Dr. ARABIAN, Genf:

in Fall von Ruptur des Musculus sterno-cleido-mastoideus bei einem Neugeborenen.

Un cas de rupture du sterno-cléido-mastoïdien (hématome) chez un nouveau-né.

Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik:
Prof. Dr. A. Reverdin.

(Revue Médicale de la Suisse romande, n° 1, pag. 39, 1903.)

Erste Schädellage; trotzdem der Fœtus normal respirierte, übte die ebamme Traktionen an dem in der Vulva stehenden Kopfe aus und hon am ersten Tage konnte an der rechten seitlichen Halsgegend eine eine Proeminenz konstatiert werden; nach einigen Tagen hatte diese tztere an Volumen zugenommen.

Man bemerkt nun in der Gegend des rechten Musculus sterno-cleidoastoideus eine deutliche Anschwellung von ovoider Gestalt, beweglich ·m darunter liegenden Gewebe aufsitzend, hart, elastisch, 3 cm lang ıd 1 $^1/_2$ cm hoch.

Nach etwas mehr als zwei Wochen hatte die Geschwulst ganz wesent·h abgenommen und fühlte man nur noch eine Resistenz von der Grösse ıer Haselnuss.

Es handelte sich im vorliegenden Fall nach Prof. A. REVERDIN um eine ıptur einer Partie des Musc. sterno-cleido-mastoideus, herrührend von ıgeschickten, geburtshülflichen Manipulationen.

Einschlagende Fälle sind bereits früher beschrieben worden von Gionni MELCHIORI, DOLBEAU, LABALBARY, PÉRATÉ, BLACHEZ ET PLANTEAU, ·N LAUNOIS, Carl RUGE, BOHN und PETERSEN.

Es wurde früher angenommen, dass solche Zerreissungen, mit nachgenden Hæmatombildungen, nur bei Steisslagen auftreten; dieser Auf-

fassung gegenüber haben ARNOTT und PETERSEN Stellung genommen, indem sie analoge Verletzungen auch bei Schädellage-Kindern beobachteten.

Sicher ist, dass im obigen Falle die Hebamme an dem in der Vulva sichtbaren Kopfe, zur Beschleunigung der Geburt, Traktionen ausführte.

In Folge der Muskelzerreissung bildete sich zuerst ein Hæmatom heraus und dieses bewirkte seinerseits in der unmittelbaren Umgebung eine *chronische, interstitielle Myositis.*

Diese Hæmatome gehen nicht in Eiterung über, sondern verschwinden nach einiger Zeit spontan.

In differenzial-diagnostischer Hinsicht muss man in Betracht ziehen, die cervicale Adenitis, den traumatischen Torticolis, die congenitalen Halscysten und die Gummata.

Zum *Schlusse* resümieren die beiden Autoren folgendermassen:

« *Die Rupturen des musc. sterno-cleido-mastoideus, mit Hæmatombildung, können selbst bei erster und zweiter Schädellage auftreten; damit dies aber geschehe, muss man mit den Händen oder Instrumenten mehr oder weniger heftige seitliche Traktionen auf den Kopf ausgeübt haben, im Bestreben, die Austreibung zu beschleunigen.* »

V.

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.

Schweizerischer Aerztetag in Lausanne am 12., 13. und 14. Juni 1903.
Congrès des Médecins Suisses à Lausanne le 12, 13 et 14 juin 1903.

Prof. Dr. BOURGET, Lausanne.

Appendicitis und Perityphlitis.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 7, pag. 524, 1903.)

Die Operation « à chaud » hat so schlechte Resultate gezeitigt, dass die Mehrzahl der Chirurgen in ihren Interventionen vorsichtiger geworden sind; trotzdem hat man auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin (1903) wieder vorgeschlagen, in den ersten Stunden des appendiculären Anfalles zu operieren. Um diese Methode befolgen zu können, müsste man zuerst im Stande sein, genaue Regeln betreffs Diagnose und Prognose geben zu können; diese Regeln haben die Chirurgen bis zur Stunde nicht gefunden. *Ebenso viele Chirurgen, ebenso viele Ansichten!*

Warum diese Fälle operieren, die sozusagen spontan heilen?

In den letzten 14 Tagen sind in die med. Klinik in Lausanne 3 Fälle von akutem appendiculärem Anfall und plötzlich einsetzenden Symptomen von Perityphlitis eingetreten. Diese Kranken wurden auf die einfachste Art und Weise in 3—4 Tagen geheilt; es wurden 2‰ Ichthyol- und Oelklystiere verabreicht.

Hoffen wir, dass die Zeit einer vorsichtigeren Therapie der Perityphlitis nicht mehr fern liegen möge!

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:

Einige interessante Fälle aus dem Gebiete der Geburtshülfe.

(Autoreferat für die Gynæcologia Helvetica.)

Prof. Rossier stellt einige der interessantesten Fälle vor, die im Verlaufe der letzten Monate an der seiner Leitung unterstellten *Geburtshülflichen Klinik in Lausanne* zur Beobachtung kamen:

1. Fall. 29jährige Frau, mit *osteomalacischem Becken*, das eine *Sectio cæsarea* indicierte. Im Jahre 1895 und 1897 spontane Geburt; letztes Kind 4500 gr schwer.

Der Beginn der Erkrankung geht auf Ende 1898 zurück; beim Eintritt in die Gebäranstalt, die in einem Bette stattfand, konnte Patientin keinen Schritt gehen; jede Bewegung äusserst schmerzhaft. Die Kranke befindet sich am Ende der dritten Schwangerschaft.

Man constatiert die typische Form des osteomalacischen Beckens. *Conj. diag.* beträgt 8,0—8,2 cm, die *Conj. vera* wäre demnach ca. 6.7 cm; aber, indem man den nicht zu verwertenden Raum ihrer proeminenten Schambeinäste in Abzug bringt, bleibt eine *geburtshülfliche Conjugata von höchstens 4,5 cm.*

Es besteht somit eine *absolute Indication zum Kaiserschnitt.* Der Fœtus befindet sich in Schieflage, Kopf nach rechts und unten abgewichen. Die Sectio cæsarea wurde 3 Stunden nach dem Beginn der Wehentätigkeit ausgeführt; die Dilation war zweifrankenstückgross und die Fruchtblase intakt.

Die Operation bot keine Schwierigkeiten: Uterus wird vor die Bauchdecken gebracht; mediane, longitudinale Incision des Uterus; conservative Methode; Exstirpation der Ovarien; Kind lebend, 50 cm lang und 3110 gr schwer. Normaler Wundverlauf.

48 Stunden « post operationem » haben die früheren Schmerzen schon beträchtlich an Intensität abgenommen und vermindern sich täglich, bis dass 2 Monate später, als die Operierte die Anstalt verlässt, die Knochen des Beckens und des Thorax auf Druck absolut unempfindlich sind. 82—83% der Osteomalacie-Fälle werden durch die Castration geheilt. (Fehling.)

2. Fall. 28jährige Frau; *künstliche Frühgeburt, wegen allgemein verengtem Becken.*

Conj. vera 8,6 cm. Erste Geburt im Jahre 1899, Perforation, nach 36 ·tunden dauernder Wehentätigkeit.

Beim Eintritt in die *Lausanner-Entbindungsanstalt,* 14 Tage vor dem ıormalen Schwangerschaftstermin, constatiert man in Narkose, mit der '. MÜLLER'*schen Einpressungs-Methode* *, dass man eben noch den fœtalen ·chädel etwas ins Becken einpressen kann.

Da die Prognose einer künstlichen Frühgeburt, sowohl für das Kind vie für die Mutter, eine günstigere ist, als diejenige der Symphyseotomie, so wird zur *digitalen Dilatation des Halsteiles* geschritten; nach 0 Minuten können zwei Finger bequem bis über den inneren M. m. vor-;eschoben werden; der Cervicalcanal wird bis über das Orificium inter-ıum hinaus mit *Xeroformgaze* austamponiert. 3 Stunden nach dem Beginn ler Intervention beginnen die Wehen; 20 Stunden später spontane Ge-ıurt eines lebenden Kindes von 48 cm Länge und 3120 gr Gewicht.

Die Symphyseotomie gibt eine Durchschnittsmortalität von ca. 7,45% ZWEIFEL und BAR haben 0%). Die Mortalität des Kindes beträgt 9,3% KÜSTNER und BAR haben 0%).

Die Symphyseotomie ist daher als eine gefährliche Operation zu axieren, die nur in ganz bestimmten Fällen ausgefürt werden darf.

Kann man nach der 34. Woche zur Einleitung der künstlichen Früh-;eburt schreiten, so zieht ROSSIER diese der Symphyseotomie bei veitem vor.

3. Fall. 29 jährige Primipara; schwanger in der 38. Woche. 110 cm löhe, *Kyphotisches, querverengtes Becken; Paralyse der untern Ex-remitäten.*

Schambogen eng; Linea innominata sehr leicht abzutasten; vordere acralfläche weniger concav als gewöhnlich; das Promontorium kann ıicht erreicht werden; der am höchsten gelegene Abschnitt des Sacrums, er erreicht werden kann, findet sich 10,8 cm vom unteren Rande der ymphyse entfernt. I. Schädellage, Kopf beweglich.

Künstliche Frühgeburt. Es ist unmöglich den Cervicalcanal zu tam-)onieren, wegen der Paralyse der untern Extremitäten; die Vulva kann ehr schwer zugänglich gemacht werden. *Punktion der Fruchtblase.* 'rolongiertes Bad und Vaginalirrigation mit 20 Liter gekochten Vassers. Nach 12 Stunden Beginn der Wehen.

* *Anmerkung:* Siehe *diesen Jahrgang*, pag. 35: *Doc. Dr König:* « Einige Be-ıerkungen zum *P. Müller*'schen Verfahren des Einpressens des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken. »

Die Eröffnungs-Periode dauerte 16 Stunden, 55 Minuten.

Die Austreibung-Periode dauerte 1 Stunde, 55 Minuten.

Die Nachgeburts-Periode 1 Minute.

Lebendes Kind von 47 cm Länge und 2460 gr Gewicht.

Episiotomie beim Passieren des kindlichen Schädels. Wochenbett normal.

4. *Fall.* 30jährige Frau, 7. Schwangerschaft; 7. Monat. *Perniciöse Anæmie.* Eingehende Untersuchung des Urins und der Fæces ohne Besonderheiten.

*Blutuntersuchung**: 18% Hæmoglobin; 850,000 rote Blutkörperchen 6080 weisse Blutkörperchen. (Valeur globulaire 1,06.)

Frisches Präparat: Rote Blutkörperchen in sehr kleinen Rollen oder isoliert; Poikilocyten; viele Macrocyten.

Trocken-Präparat: Färbung mit *Ehrlich's Triacid*; zahlreiche, verkümmerte, rote Blutkörperchen; einige, grösser wie die übrigen, mit 1—2 Kernen versehen; polynucleäre neutrophile weisse Blutkörperchen sehr wenige eosinophile Körperchen.

Untersuchung der Retina: Im linken Auge ziemlich viel kleine, abgerundete, hæmorrhagische Flecken; einzelne erreichen die Dimension einer halben Papille; Visus normal.

Genital-Untersuchung: Schwangerschaft im 7. Monat; Port. vag. $1^{1}/_{2}$ cm lang; orific. internum geschlossen.

Vitale Indication zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Digitale Dilatation und Tamponade des Cervicalcanales mit Xeroformgaze. 4[illegible] Stunden später erfolgt die Austreibung einer 42 cm langen und 19[illegible] gr. schweren Frucht. (10. März.)

Am 10. Mai ist der Hæmoglobin-Gehalt auf 40% gestiegen und die Zahl der roten Blutkörperchen auf 1.200.000.

5. *Fall.* $41^{1}/_{2}$jährige Frau. *Hæmatocele anteuterina*, nach Extrauterinschwangerschaft.

Behandlung: Priesnitz-Umschläge und Heissluftbehandlung; später Massage und event. Laparotomie wenn die Resorption ungenügend sein sollte.

6. *Fall. Albuminurie mit abgestorbener Frucht;* doppelseitige *Retinitis albuminurica.*

* Siehe *Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes von Dr C. S. Eng[illegible]* Verlag von A. Hirschwald. Berlin 1902.

8‰ Eiweiss. *Provocierter Abortus mit Hegar-Dilatatoren* und *Lamin-iastiften.*
28 Stunden nach der Intervention wird ein macerierter Fœtus aus-trieben.

7. Fall. Analoger Fall; Eiweiss 20—25‰. *Spontaner Abortus.* Zahl-iche weisse Infarkte der Placenta. Demonstration.
54,4% der weissen Infarkte finden sich bei Albuminurien und nur ,2% ohne diese.

8. Fall. Demonstration eines fœtalen Skelettes, extrahiert Stück für ück, aus einem Uterus, in welchem dasselbe während mehrerer Monate rweilt hatte. *(Missed abortion.)*

---

64. Versammlung des Aerztlichen Centralvereins in Olten.

Prof. Dr. von Herff, Basel:

Zur Behandlung des Puerperalfiebers.

orrespondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, No. 2, pag. 33 und 54, 1903).

v. Herff will vor dem Forum der Schweizer-Aerzte nur die Behandlung r gefährlichsten Formen, die der Allgemeininfektionen des Körpers, r *Sepsis* und der *Pyæmie,* besprechen.
Lässt sich eine kausale Behandlung durchführen? Der Versuch. eine bärmutetr, die von hochvirulenten Strepococcen befallen ist, zu reinigen, völlig aussichtslos, doch mag zu Beginn einer schweren Puerperaler-ınkung, der Versuch einer lokalen Behandlung, in Gestalt einer oder eier *ausgiebiger Intrauterinausspühlungen,* gerechtfertigt sein und lient sich v. Herff des *warmen Chlorwassers,* in einer Verdünnung ı 1 : 3 oder 1 : 1. weil völlig ungiftig bei starker desinfizierender Kraft. vielfach empfohlene *Ausschabung des puerperalen Uterus**, mit oder ıe nachfolgende Tamponade, ist zu verwerfen; schwerere septische In-tionen werden schwerlich dadurch beseitigt werden können. Zudem der Eingriff technisch schwierig. Wird zu gründlich geschabt, so liegt Gefahr der Zerstörung der Uterusschleimhaut vor; schabt man ober-

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 75: *Dr E. Wormser,* Basel: « Die Exco-atio uteri im Wochenbett ».

flächlich, so bleiben infizierende Schleimhautreste leicht zurück: gut is es auch, an die hohe Gefahr der Uterusperforation zu erinnern. sowi sich darüber klar zu sein, dass die Ausschabung die natürlichen Schutz vorrichtungen des menschlichen Körpers ausgiebig zerstört: sehr zu be tonen ist die Möglichkeit, ja die grosse Wahrscheinlichkeit, in die neu gesetzte, grosse Wunde erst recht die zu vernichtenden Keime einzuimpfen

Ist also wenig oder gar keine Aussicht vorhanden, virulenten Bakterien an Ort und Stelle beizukommen, so kann man einen Schritt weiter gehen und den Angriff von der Blutbahn her eröffnen. Zwei Wege stehen un zur Zeit offen, die *Serumtherapie* und die *Einverleibung von Metallen* Theoretisch verdient der erstere Weg das meiste Vertrauen; allein die Heilmethode stehen zur Zeit recht erhebliche Hindernisse entgegen denn: *Das Puerperalfieber ist ætiologisch keine einheitliche Erkrankung*

Bakterien und ihre Gifte lassen sich des Weitern, durch Einverleibung sie schädigender Stoffe in die Blutbahn, durch Metalllösungen beeinflussen aber die Verdünnung, in welcher sie im menschlichen Körper kreisen ist so gross, dass von einer chemischen, d. h. antiseptischen Wirkun wohl kaum die Rede sein kann.

v. Herff hat mit dem *Collargol** anscheinend glänzende Erfolge, abe auch Fehlschläge zu verzeichnen und es gilt noch zu studieren, wori diese letztern ihre Ursachen haben. Der einzige Weg, der eine sicher Wirkung verspricht, ist *die intravenöse Einverleibung des Collargols* un glaubt der Vortragende *wirkliche Erfolge*, bei *Sepsis und Pyæmie*, erziel zu haben: Irgend eine Vene, wie beim Aderlass, wird zum Anschwell gebracht; die Kanüle einer 5 — 10 gr. fassenden Spritze wird in da Venenlumen eingeführt, dann die Spritze mit einer 1 %, steril zuberei teten Collargollösung gefüllt, aufgesetzt und der Inhalt nach Abnahm der Druckbinde langsam eingespritzt.

Das Ergebnis von v. Herffs *bisheriger Erfahrung ist leider dies, da die kausale Therapie der Puerperalerkrankungen noch sehr im Argen lie*

So wird man noch immer zu *symptomatischen Behandlungsmethoden* gedrängt: Ruhigstellung der entzündeten Organe; Rückenlage; Be schleunigung der Involution des Uterus durch Ergotinpräparate; zweck mässige Ernährung. Um den Appetit bei Septischen möglichst zu erhalten gibt es kein besseres Mittel als die Beschränkung, wenn nicht die Ent ziehung des Alkohols.

* Siehe *Gynæc. Helv.* III, pag. 253: « Collargolum ».

r. HERFF fasst zum Schlusse seine Ausführungen in *folgende Leitsätze* ammen:

I. Im allgemeinen ist bei Puerperalfieber eine lokale Behandlung zu terlassen. In einzelnen, speciellen Fällen kann gleich zu Beginn des ebers eine intrauterine Ausspülung, die wiederholt werden kann, ge-htfertigt werden. Tritt nach einigen Stunden keine eklatante Besserung , so nützen solche Ausspülungen nichts, sondern sie schaden und sind her zu unterlassen.

2. Eine Ausschabung der Uterushöhle, um die erkrankte Schleimhaut entfernen, ist zu verwerfen.

3. Die Serumtherapie mit Antistreptococcenserum zeigt einzelne Erfolge; allgemeinen ist aber kein Verlass darauf.

4. Ob eine intravenöse Anwendung des Silbersols (Collargol) Erfolge tigen kann, steht noch aus.

5. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist eine ausgiebige Immo-isation des Körpers.

6. Die Involution des Uterus ist möglichst zu befördern.

7. In der Kostordnung schwer Septischer ist der Alkohol, in grösseren ngen, zu verwerfen. Der Ernährung ist die grösste Aufmerksamkeit widmen.

8. Zur Stärkung der Herztätigkeit empfiehlt sich, ausser der Anwen-ng von bekannten Herzmitteln, vielleicht die frühzeitige Darreichung Strychnin « in refracta dosi ».

9. Antipyretica sind nur ganz ausnahmsweise angezeigt, wohl aber in onischen Fällen eine Thermotherapie, unter Weglassen der Bäder.

Diskussion:

Prof. MÜLLER, *Bern*: Der Hauptwert bei der Behandlung des Puer-alfiebers liegt in der *Prophylaxe*. Unmittelbar nach jeder schweren burt wird eine reichliche Ausspülung des Uterus mit Sublimat vorge-nmen mit nachfolgender Kochsalzlösung-Durchspühlung; Secale cor-tum und Eisumschläge auf's Abdomen.

Wenn im Wochenbett eine Temperatursteigerung über 38° eintritt l dieselbe nicht auf eine extra-genitale Organerkrankung zurückge-rt werden kann, so werden *Uterusausspühlungen* vorgenommen, auch n keine deutlichen Zeichen einer Erkrankung der Genitalien vor-gen. Selbstverständlich setzt man die Injectionen aus, wenn sich para-l perimetritische Erscheinungen oder Affektionen entfernter Organe

dokumentieren und die Erkrankung bereits über den Uterus hinaus gangen ist.

Auskratzungen sind nur dann zulässig, wenn Retention von Placentarteilen vorliegt; auch in solchen Fällen ist es immer möglich, die Fing zur Entfernung anzuwenden.

Von der *Serumtherapie* kann MÜLLER nichts Günstiges berichten. D Misserfolg ist jedoch höchst wahrscheinlich auf den Umstand zurückz führen, dass die Anwendung zu spät kommt.

Silberpräparate wurden in Bern nicht angewendet.

Die Alkoholtherapie hat MÜLLER von seinem Vorgänger BREISKY übe nommen und dieselbe noch einige Zeit streng durchgeführt, niema aber etwas Erspriessliches gesehen.

Von Chinin wird nicht selten Gebrauch gemacht, wenn nach Schwu der lokalen Erkrankung das Fieber noch fortdauert oder wieder eintrit

Prof. JENTZER, *Genf*: wendet das Curettement nur in speziellen Fälle und bei Retention von Placentarteilen an; mit der Alkoholtherapie h er gute Erfolge zu verzeichnen.

Prof. SAHLI, *Bern:* Der Alkohol spart nach den neuesten, einwand freien Arbeiten neben Fett auch Eiweiss. Während des Fiebers hat d Alkohol in mässigen Dosen eine günstige Wirkung auf den Appetit. Ei Herzwirkung des Strychnins, wie *Prof. v.* HERFF sie annimmt, ist nich nachgewiesen. Coffein wirkt viel ungefährlicher.

Dr. BRUNNER, *Münsterlingen:* resümiert kurz seine 6-jährigen Erfahrunge über Antistreptococcenserum bei bakteriologisch festgestellten Strepto cocceninfektionen. Erfolge, welche ihm mit aller Sicherheit das « propt hoc » beweisen, hat er nicht zu verzeichnen.

Dr. VON WERTH, *Bern:* sah bei der intrauterinen Jodeinspritzung gut Erfolge, indem mehrmals das Fieber sank und Fröste verschwanden.

Dr. HÄBERLIN, *Zürich*: hat die prophylaktische Anwendung des Anti streptococcenserums versucht und gefunden, dass, je mehr man die Dosi steigere, desto anhaltendere Besserung man zu verzeichnen habe.

Dr. LA NICCA, *Bern:* macht darauf aufmerksam, dass schwere Endo metritis von Geschwüren am « introitus vaginæ » ausgehen kann und das bei dieser Form die Lokalbehandlung ganz besonders zu empfehlen ist

Prof. v. HERFF, *Schlussvotum:* Ich bin Anhänger der Spülunge unmittelbar nach der Geburt, bin darauf aber nicht eingetreten, wei das zur Prophylaxe des Puerperalfiebers gehört. Was die Sublimataus spülungen betrifft, so habe ich schwere Intoxikationen gesehen und glaub

Herren Kollegen vor ihrer Anwendung warnen zu müssen. Wenn rr *Prof.* JENTZER gute Erfolge mit der Alkoholtherapie gehabt hat, so ın ich nur sagen, dass ich auch gute Resultate auf meiner Klinik habe, l zwar ohne Alkohol. Unter Alkoholtherapie verstehe ich den unssigen Gebrauch und ohne diesen befinden sich die Kranken viel ser. Dass Alkohol Eiweiss spart ist wohl richtig, aber nicht bedeutend l durch Eiweisszufuhr leicht zu ersetzen. Die Strychninbehandlung ıne ich von deutschen Kliniken her. Ich glaube, dass sie bessere Erge gibt als Caffein und Digitalis, welche Mittel ich indessen nicht verrfe und sie häufig anwende.

Doc. Dr. P. DEUCHER, Bern:

Ueber Rectalernährung*.

orrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 2, pag. 44 u. 57, 1903.)

Durch einige neuere Arbeiten, welche sich hauptsächlich mit der Phylogie der Mastdarm-Resorption beschäftigen, ist vermehrte Klarheit m Nutzen der praktischen Anwendung der Rectalernährung geschaffen ırden.

Dass eine Ernährung « per rectum » überhaupt möglich ist, war schon ıge bekannt; wird die Ernährung *nicht ausschliesslich* durch das Recm gereicht, so gestalten sich die Verhältnisse natürlich viel günstiger. n leichtesten resorbierbar aus dem Dickdarm ist die *physiologische ochsalzlösung.* Von den verschiedenen eiweisshaltenden Nahrungsmitln kommen für die rectale Anwendung hauptsächlich zwei in Betracht: *e Eier* und *die Albumosen,* die sogenannten Peptone.

Eier sind leicht und billig zu beschaffen und werden verhältnismässig ıt resorbiert, wenn man, wie HUBER gezeigt hat, pro Ei 1 gr. Kochsalz ısetzt. Mehr als 3 Eier sollen nicht in einem Klystiere gegeben werden. Ebenso gut wie Eier oder besser, wenigstens schneller, werden *Peptonsungen* resorbiert; mehr als 60 gr. Pepton, in dem gewöhnlichen Klyier von 200—250 cm, darf man nicht geben und diese Menge entspricht ur der Hälfte Nährwert eines Klystiers von 3 Eiern.

* Die Rectalernährung ist sowohl für den Internen, wie für den Chirurgen und ynæcologen, von grösster Bedeutung und ein Referat in einem gynækologischen ımmelblatte daher gewiss angezeigt.

Als ausgezeichnete stickstoffhaltige Nährsubstanzen haben sich di *Pancreasfleischklystiere* nach Leube und die *Thymusklystiere* nach Mochizuki bewährt.

Der *Wert des Fettes* für die Rectalernährung ist gering.

Da die *Kohlehydrate* als *Traubenzucker* resorbiert werden, so liegt e am nächsten, dieselben als *Traubenzuckerklystiere* zu geben. Deucher *hält diese Form der Rectalernährung für eine der besten.* Da der *Rohrzucker*, in den meisten Fällen, gerade so gut wie Traubenzucker resorbiert wird, so hat Deucher schon seit mehreren Jahren mit Vorlieb *Rohrzuckerklystiere* verabreicht und ist von den Resultaten sehr befriedigt.

Die einfachen Nährklystiere bleiben die besten: 1. Eier mit Kochsal 2. Namentlich Zuckerlösungen mit Opium!

1. *3 Eier; 3 gr. Kochsalz; Wasser 200 und einige Tropfen Opiumtinktur.*

2. *300 ccm einer 10°/₀ Lösung von Trauben- oder Rohrzucker; 1 Tropfen Opium oder nachher ein Opiumzäpfchen.*

Bei gutem Erfolg und geringen Klagen kann man successive stärker Lösungen, aber nie über 20°/₀, versuchen oder man kann noch besser di Menge des Klystiers sehr leicht auf 500 ccm. steigern. *Kaffee* kann al Zusatz, wie andere stimulierende Medikamente, in einzelnen seltenen Fällen von Nutzen sein.

Wein-Zusatz ist in den gewöhnlichen Fällen darum nicht zu empfehlen, weil durch Beigabe von Rotwein eine sekretionserregende Wirkun auf den Magen zustande kommt.

Reinigungsklystiere, vor der Applikation der Nährklystiere, sind vo der allergrössten Wichtigkeit.

Zum Schlusse empfiehlt Deucher einerseits *Einschränkung der Indikationen* der eigentlichen Rectalernährung und vermehrte Anwendun der Salzwasserklystiere, andererseits bei der Auswahl der zuzuführende Nahrung nur die oben besprochenen einfachen Klystiere.

Diskussion:

Doc. Dr. A. Huber, *Zürich:* Vor 10 Jahren habe ich, im Anschluss a Stoffwechselversuche, eine Lanze eingelegt für die Rectalernährung u halte mich für verpflichtet, nach 10jähriger Praxis darüber zu spreche Ich war überrascht betreffs des vernichtenden Urteiles über Nährklystiere, am Kongress für innere Medizin, und halte es für zu weit gega

ı. Es ist selbstverständlich nicht möglich, den Körper mit Rectaler-
ırung auf Stickstoffgleichgewicht zu bringen; aber man ist froh, für
ige Zeit das Leben zu erhalten. Es ist sichergestellt, das Kohlehydrate
besten ausgenützt werden; bei der Kleinheit der eingeführten Men-
ı kann man aber wenig erzielen. Auch die Wirkung des Salzwassers,
· Reinigung, spielt ebenfalls eine Rolle. Ich gebe die Klystiere in fol-
nder Form:

(2 Deziliter lauwarmes Wasser, 20 gr. Zucker, 2 rohe Eier, ein Glas ein und 12 gr. Kochsalz! Damit hatte ich keine schlechten Erfolge!»

---

lehnte Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynækologie, abgehalten zu Würzburg, am 3. bis 6. Juni 1903.

Prof. Dr. O. v. Herff, Basel:

Aus der Diskussion über Extrauteringravidität.

(Pag. 208 und 213.)

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynækologie.
(Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, Leipzig, 1904.)

V. Herff möchte auch seinerseits für die Probepunktion, zur Differen-
ldiagnose bei der Extrauterinschwangerschaft, warm eintreten. Aller-
ngs flüssiges Blut beweist nichts, man muss dunkle Blutgerinsel be-
mmen, die man dann ja auch weiter untersuchen kann. Hierzu sind
ite Kanülen notwendig, eine Pravaz'sche Spritze genügt nicht. Immer-
n kann man böse Blutungen veranlassen, wie Redner jüngsthin erlebt
t. Die Sektion der bald nach der Operation an Embolie verstorbenen
au ergab keine Verletzung einer grösseren Arterie; wahrscheinlich
ammte die Blutung aus der Placentarstelle.

Redner hat vor Jahren *die abwartende Behandlung der Extrauterin-
hwangerschaft* warm vertreten und steht heute noch auf dem gleichen
andpunkt. Er hat bessere Resultate mit der abwartenden, als mit der
erativen Behandlung zu verzeichnen, auch bezüglich der Möglichkeit
r späteren Empfängnis. Die Bettruhe braucht nicht bis zum Ver-
hwinden aller Reste des Sackes eingehalten zu werden.

Bezüglich der vorgeschrittenen Schwangerschaften tritt Redner, auf
rund einer neuen Erfahrung, abermals für die Entfernung des ganzen

Fruchtsackes, nach præliminärer Unterbindung der Gefässe nach OLSHAUSEN und ohne den Mutterkuchen zu berühren, ein.

Es handelt sich dabei um nicht gestielte, aber stielfähige Fruchtsäcke. Das Wesentliche ist, sich an der Aussenseite der Sackwand zu halten.

I.

Achsenzugzange *.
(Pag. 518.)

Nachdem von anderer, sehr sachverständiger Seite, von GOENNER, der v. HERFF'schen Modifikation der Achsenzugzange in anerkennender Weise Erwähnung getan wurde, möchte Redner nicht verfehlen, das Instrument einem weiteren Kreise zu zeigen. Dieses Modell, von dem eine kleine Skizze sich in v. HERFF's « *Geburtshilflicher Operationslehre* » (1894) vorfindet, soll die Vorteile der französischen und englischen Zangen mit denen der « Deutschen » verbinden. Sie besitzt mit der TARNIER'schen Zange, die an den Blättern einlenkbaren Zugstäbe, das BRÜNNINGHAUSEN'sche Schloss, die Griffschraube TARNIER's, die bequeme SIMPSON'sche Einlenkung der Querstange, sowie die sonstigen Vorzüge der NÄGELE'schen Zange.



Fig. 42.

* Selbe wird vom Schweiz. Medicinal- und Sanitätsgeschäft A.-G., St. Gallen, in den Handel gebracht.

Vortragender hat die Zange mehr den 12 Jahre ausprobiert; sie ›istete ihm vorzügliche Dienste bei der Entwicklung hochstehender, aum eingetretener Köpfe, wo die Wendung unmöglich war; sei es im ieradstand, in Hinterscheitelbeineinstellung oder bei Gesichts- und tirnlagen, kurz bei Stellungen des Kopfes, bei denen gar mancher Geurtshelfer sich, wenn Schamfugenschnitt oder Kaiserschnitt ausge-:hlossen erscheinen, zur Perforation des lebenden Kindes entschliesst. ıuch Goenner, der genaue Kenner der Achsenzugzange, betont, dass r manchmal mit dieser Zange Kindern das Leben gerettet, die sonst er Perforation verfallen gewesen wären; er hebt des weitern als Vorüge des v. Herff'schen Modells die bessere Kopfkrümmung und die löglichkeit der leichten Extraktion, ohne Zugapparat, bei tiefstehenem Kopfe hervor. Die Zange sei sowohl gleich brauchbar als Beckenusgangszange, wie für seltene Zangen am hochstehenden Kopfe.

So glaubt denn Vortragender, nach so vieler Erfahrung, berechtigt u sein, dieses Modell den versammelten Kollegen zur weiteren Prüfung mpfehlen zu können, wie wohl er recht gut weiss, dass es im allgemeinen ine missliche Sache ist, mit neuen Zangenmodellen zu kommen, und ie Warnung vor Erfindung neuer Zangen im allgemeinen eine sehr erechtigte ist.

II.

Kugelzange zum Sprengen der Blase.

v. Herff hat seit Beginn seiner Tätigkeit in Basel die meisten künstichen Frühgeburten mit dem einfachen Blasenstich eingeleitet. Vorragender ist mit den Ergebnissen dieser Methode sehr zufrieden. Die lusführung des Blasenstiches bei hochstehender, langer Cervix, kann echt erschwert sein und namentlich für diese Fälle hat v. Herff die ;ewöhnliche Kugelzange in zweckentsprechender Weise gebogen, so dass ler Eingriff jetzt, auch von weniger geübter Hand, leicht ausführbar st. Er glaubt, dass diese Methode diejenige des Hausarztes sein wird.

Medizinische Gesellschaft Basel.

Dr. F. Suter:

Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung der Nierentuberkulose*.

Aus der chirurgischen Privatklinik von:
Prof. Dr. Emil Burkhardt in Basel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 9, pag. 290, Nr. 10. pag. 313 und Nr. 11. pag. 362, 1903.)

Das Interesse bei den chirurgischen Nierenaffektionen liegt in der *Diagnosenstellung.*

Die pathologische Anatomie kann über die Genese und Ausbreitung der Tuberkulose des Harntraktus nur in seltenen Fällen exakten Aufschluss geben. Es waren hauptsächlieh dir chirurgischen Eingriffe, die den Beweis erbrachten, dass es eine einseitige, primäre Nierentuberkulose gibt; primär und sekundär soll sich nur auf das Urogenitalsystem beziehen.

Aus dem bis jetzt veröffentlichten Material (Küster) ergibt sich zur Evidenz, dass es eine primäre, einseitige Nierentuberkulose gibt, und dass, wenn zur rechten Zeit der tuberkulöse Herd entfernt wird, der Kranke genesen kann. Als weitere Beweise für die Einseitigkeit der Nierentuberkulose werden zwei eigene Fälle angeführt, bei denen nach der Nephrektomie die Autopsie gemacht werden musste.

Die ersten Symptome sind oft sehr undeutlich: Schmerzen in der Nierengegend, später Veränderungen im Urin (Eiter, Eiweiss, Blut und Tuberkelbazillen). Pyurie. Sobald diese letztere da ist, dann sind auch *Blasenbeschwerden* da, die in der Symptomatologie das ganze Bild beherrschen.

Blasensymptome sind da, ob die Blase erkrankt ist oder nicht. Häufig ist auch schon früh der Ureterenmund der kranken Seite und dessen Umgebung erkrankt.

Die exakte, objektive Untersuchung führt allein zur richtigen Diagnose.

Anmerkung. Der Leser, der sich eingehender mit dem Studium der funktionellen Nierendiagnostik befassen will, sei auf folgende Publikation aufmerksam gemacht:

Dr L. Casper und *Dr P. F. Richter:* Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1901.

In jedem Fall von Blasenkatarrh, der spontan auftritt, sich also nicht n Anschluss an Gonorrhœ und instrumentelle Infektion entwickelt hat, oll die bakteriologische Untersuchung des Urins und die cystoscopische 'ntersuchung des Kranken verlangt werden.

Was können wir aus dem Urin diagnostizieren? Die einfache mikroskopische und chemische Untersuchung des Urins lässt nur die Diagnose :ellen: eitrige Affektion der Harnwege. Die bakteriologische Unterıchung des Urins lässt fast immer die Natur des Leidens erkennen. ei gewöhnlicher pyogener Infektion wächst immer ein Mikroorganisıus auf den Nährböden, bei tuberkulösem Urin dagegen wächst nichts, a ja die Tuberkelbazillen sich auf gewöhnlichen Nährböden nicht ent'ickeln.

In 42 Fällen von Urogenitaltuberkulose, bei denen Suter den Urin ulturell untersuchen konnte, war derselbe 40 Mal auf gewöhnlichen ährböden steril und nur in zwei Fällen gingen Kulturen anderer Bakerien (Bact. coli, Staphyl. albus) auf.

Die bakteriologische Urinuntersuchung gestattet fast ausnahmslos die Diagnose auf Tuberkulose zu stellen.

Schwierig und verantwortungsvoll, sobald es sich um einen operativen ingriff handelt, ist nun aber die *Diagnose des Sitzes der tuberkulösen Affektion:* Befund eines Tumors in der Nierengegend (über die andere liere erhalten wir keinen Aufschluss). Druckdolenz der Nieren (unicher). Cystoskopie.

Wenn durch die Beobachtung der Uretermündung und des austretenen Urins die eine Niere als krank erkannt worden ist, so handelt es ich nun darum, zu wissen, wie sich die zweite Niere verhält. Ureterenatheterismus vermittelst besonderer Cystoskope (nach Casper und nach ALBARRAN). Weniger sicher liefern den Urin jeder Niere die sogeannten Harnscheider oder Segregatoren. Will man noch weiter gehen,) erzeugt man durch subkutane Injektion von *Phloridzin* eine Glyosurie und bestimmt für jede Niere den Zuckergehalt des Urins.

Andere Methoden, die weniger eingreifend sind und doch auch wertolle Aufschlüsse über die funktionelle Leistungsfähigkeit der Nieren eben können, sind vor allem die Harnstoffbestimmung und die Gefrierunktsbestimmung des Urins. (Methode von Koranyi.)

Es ist endlich noch die *Methylenblaumethode* zu erwähnen; wenn Iethylenblau eingegeben wird, so wird bei gesunden Nieren der Urin chon nach einer bis einigen Stunden intensiv blau.

Die von SUTER beobachteten 19 Fälle zeigen, dass Cystoskopie, Bestimmung des Gefrierpunkts und der Harnstoffmenge im Urin in den meisten Fällen zur Diagnosenstellung genügen.

In Tabellenform folgen die 19 operierten Fälle.

Von *chirurgischen Eingriffen* kommen nun in Betracht die *Nierenresektion,* die *Nephrotomie* und die *Nephrektomie.*

Von den 19 operativ behandelten Fällen sind 5 nephrotomiert, 1[illegible] nephrektomiert worden.

Die Nephrektomie wird heutzutage allgemein als die Operation der Wahl bei Nierentuberkulose angesehen, da damit der tuberkulöse Herd wenigstens solange die Affektion auf die Niere beschränkt ist, « in toto aus dem Körper fortgeschafft werden kann. Die Nephrotomie bleibt für fragliche Fälle, in denen man der andern Niere nicht sicher ist, reserviert, oder für Fälle, in denen man wegen Schwäche der Kranken den radikalen Eingriff nicht wagt, oder endlich für grosse tuberkulöse Pyonephrosen, deren totale Ausschälung wegen Verwachsungen mit der Umgebung zu grosse Schwierigkeiten machen würde.

SUTER kommt dann eingehender auf die operierten Fälle zu sprechen.

Was die Dauerresultate anbelangt, so ersieht man aus den vorhandenen Statistiken, (KÜSTER, ISRAEL, CZERNY, KRÖNLEIN), dass von den Nephrektomierten, im Anschluss an die Operation oder in absehbarer Zeit nach derselben, $^1/_6$—$^1/_3$, je nach Auswahl der Fälle, stirbt; dennoch verfügt SUTER über Fälle, die bis zu 20 Jahren gesund geblieben sind, die geheiratet und Kinder bekommen haben.

Diskussion:

Prof. JAQUET: weist auf die primären Hæmaturien bei Nierentuberkulose hin, auf die besonders französische Autoren Gewicht legen.

Dr. SUTER: glaubt nicht an dieselben, da Nierenblutungen bei Tuberkulose stets auf Arrosion von Blutgefässen in Cavernen, ähnlich wie bei Lungentuberkulose, zurückzuführen sind. Der Harn hat gewöhnlich schon vor dem Auftreten derselben Veränderungen gezeigt.

Hinsichtlich der ebenfalls von Prof. JAQUET aufgeworfenen Frage nach der diagnostischen Bedeutung des Methylenblaus bei Nierentuberkulose, hat SUTER dasselbe nicht quantitativ angewandt. In der Litteratur wird es einerseits gepriesen, andererseits verworfen, da es zum Teil in einer nicht gefärbten Modifikation ausgeschieden wird.

Prof. Dr. v. Herff:

Demonstrationen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 10, pag. 336, 1903.)

1. *Blasencervicalfistel;* hochsitzend; wichtig ist es dabei, die Ablösung er Blase innerhalb der Wand des Cervicalgewebes vorzunehmen, um ne Eröffnung der Fossa vesico-uterina (Peritonitis) sicher zu vereiden *.

2. *Kyphotisch-schrägverengtes Becken;* im 9. Monat Schwangere; es ll künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. (Nach späterer Mitteilung t dieselbe mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt orden.)

3. v. Herff'*sche Achsenzugzange.* v. Herff bespricht zuerst *die selteen Einstellungen des Kopfes;* hierbei betont er besonders die Möglicheit der hohen Zangenanlegung bei ausgesprochener Hinterscheitelbeinnstellung, wenn gleichzeitig durch Druck von aussen der natürliche eburtsmechanismus, aus dieser Haltungsanomalie, nachgeahmt wird. ie v. Herff'*sche Achsenzugzange* hat sich in zahlreichen, sehr schwen Fällen von Hinterscheitelbeinstellungen, hohem Querstande des Koes und Gradstellung, bei erheblichen, räumlichen Hindernissen, auf s Beste bewährt.

Dr. Labhardt:

Ueber die Anwendung des Bossi'schen Instrumentes. **

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 10, pag. 337, 1903.)

Die Indikationen zur Anwendung des Bossi'schen Instrumentes geben: lampsie, drohende Gefahren für die Mutter (Phthise, Fieber), Asphydes Kindes, Placenta prævia, Erregung von Wehen bei künstlicher hgeburt und zur Behandlung des Abortus.

Siehe die von *v. Herff* angegebene « *Methode der operativen Behandlung der en Blasencervicalfistel* » in Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæk. Bd. XXII; Heft 1.

* Siehe *diesen Jahrgang*, pag. 32: *Prof. A. Jentzer:* « Zur Anwendung des i'schen Dilatators » und im Kapitel « *Verschiedenes* »: *Dr de Seigneux:* « Ein er Uterusdilatator, etc. »

Nachteile: Nicht naturgemässe Erweiterung des Cervical-Kanales; Entstehen von Rissen im Cervix und von Druck-Nekrosen; der M. m. kann nach erfolgter Dilatation wieder zusammenfallen; das Instrument kann abgleiten; es können Verletzungen des Kindes gesetzt werden.

Der Referent schliesst mit *drei Beobachtungen aus dem Frauenspital Basel:*

1. 26-jährige I para; *rachitisch plattes Becken* (Conj. diag. $8^1/_4$); sehr heftige Wehentätigkeit nach dem Blasensprung; Geburt schreitet nicht vorwärts; Fieber. Kind im Verlaufe der Geburt abgestorben. Der zweifrankenstückgrosse M. m. wird mit dem *Bossi'schen* Instrument erweitert und das Kind perforiert. Eine Verletzung konnte nicht constatiert werden.

2. 30-jährige II para; *leicht plattes Becken*; Placenta prævia lateralis; Hinterscheitelbeineinstellung; träge Wehentätigkeit; bei fünffrankenstückgrossem M. m. wird das *Bossi'sche* Instrument angelegt; als nach 20 Minuten der M. m. vollständig erweitert war, wurde das Kind mit der Zange entwickelt. Kind lebte. Im Wochenbett entwickelte sich auf der linken Seite ein *Hämatom des lig. latum,* das sich spontan resorbierte. Die Entstehung des Hämatoms ist wohl nicht dem *Bossi'schen* Instrumente zur Last zu legen.

3. *Placenta prævia lateralis;* schlechte Wehentätigkeit; Kolpeurhyse und Metreurhyse hatten fehlgeschlagen. Anlegung des *Bossi'schen* Instrumentes bei fünffrankenstückgrossem M. m. Die hintere Kappe bohrte sich so sehr in das Cervixgewebe ein, dass in der Nähe des inneren M. m. eine knopflochförmige Verletzung entstand. Beendigung der Geburt durch Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes.

Dr. Oswald:

(Ibid.)

Bespricht im Anschluss an vier im *Frauenspital Basel* beobachtete Fälle kurz die *Gelatinetherapie bei Melæna neonatorum* *; alle geheilt.

Weiter zeigt Oswald Präparate von:

1. einem in *Kaiserling* aufbewahrten *menstruierenden Uterus.*

2. einem *Tumor des Uterus*: Kombination von Myom und Carcinom.

3. einem *intramuralen Myom,* das die Uterusschleimhaut in der Grösse eines Handtellers durchbrochen hatte. Der im Puerperium nekrotisch gewordene Tumor war durch abdominale Totalexstirpation, $2^1/_2$ Monate nach der Geburt, entfernt worden.

* Siehe *diesen Jahrgang,* pag. 55: Dr *E. Oswald:* « Zur Gelatinebehandlung bei Malæna neonatorum ».

Dr. Labhardt:

Ueberraschung der Bauchchirurgie.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 23, pag. 790, 1903.)

Demonstration eines 9 Pfund schweren Tumors, der bei einer 41jäh-gen Patientin vom linken Leberlappen ausgegangen war und mit dem-lben nur durch einen bandförmigen Stiel verbunden war. Der Tumor atte klinisch das Bild einer *Ovarialcyste* gegeben. Es handelte sich um n sehr weiches, von zahlreichen Blutungen durchsetztes *Sarkom.*

Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern.

Dr. La Nicea:

Säugling mit kongenitaler Atrophie des unteren Körperabschnittes, infolge eines Wirbeldefektes.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 1, pag. 21, 1903.)

Während der obere Körperabschnitt, vorn bis zum Nabel, hinten bis a den untersten Rippen, die normalen Verhältnisse eines gesunden aus-etragenen Kindes aufweist, fällt der untere Abschnitt durch eine hoch-radige Atrophie und die Kontraktur seiner Gliedmassen auf; es sieht us, wie wenn der Thorax sich in einen kurzen, etwas zugespitzten Stum-en fortsetzen würde, an dem die unbeweglichen Beinchen, wie eine cheere oder Zange, aufgesetzt sind.

Das Kind wurde wegen Wehenschwäche mit der Zange entwickelt. Die indsbewegungen wurden erst in den letzten zwei Monaten und immer ehr schwach gefühlt. Ueber die Menge des Fruchtwassers konnte nichts ruiert werden.

La Nicea rekapituliert seine Beobachtung folgendermassen:

« Wir finden an dem Kinde das Bild einer vollständigen *Querschnitts-läsion des Rückenmarkes in der Höhe des zweiten Lendenwirbels.* Diese äsion ist *intrauterin entstanden,* zu einer Zeit, wo die Unterextremitä-en schon vollständig und schon zu ziemlicher Grösse entwickelt waren, *vahrscheinlich* erst im fünften Graviditäts-Monat, und hat sich zu einem ypischen Bilde entwickelt, mit *Kontraktur, Lähmung der Motilität und ensibilität, Atrophie.*

Als Ursache dieser Querschnittsläsion ist ein *Fehler in der Entwicklung der Wirbelsäule* anzusprechen, wahrscheinlich in der Ossifikation des zweiten, vorstehenden Lendenwirbels, welcher eine Kompression des Markes zur Folge hatte. Der Mangel des dritten, vierten und fünften Lendenwirbels und des Sacrums, resp. jedenfalls der ossifizierten Wirbelbogen, wäre dann als sekundär, durch die Rückenmarksläsion bedingt anzusehen. Es könnte aber der Defekt des untern Abschnittes der Wirbelsäule, vom zweiten Lendenwirbel ab, auch das Primäre sein, aus irgend einem Fehler der embryonalen Entwicklung hervorgangen. Auf eine Rachitis scheint die Affektion nicht zurückzuführen zu sein, da bei dieser Lähmung und Atrophie fehlt, andererseits die Wirbelkörper als gut ausgebildet nachweisbar sind. Das Kind lebt und gedeiht ganz gut.

Diskussion:

Dr. Ost: äussert die Ansicht, dass es sich um eine der spina bifida verwandte Veränderung handeln könnte.

Prof. Asher: wirft die Frage auf, ob es sich um einen reinen Fortfall der Nervenfunktion gehandelt habe oder ob nicht zunächst spastische Erscheinungen aufgetreten sein mögen.

Dr. Hohl: hat einen ganz ähnlichen Fall gesehen und berichtet darüber.

Dr. Arnd: berichtet noch über die von ihm vorgenommene Untersuchung und das leider mangelhafte Resultat seiner Röntgenaufnahme; er hält eine Spaltbildung für wahrscheinlich und verweist noch auf einige weitere narbige Einziehungen der Haut, z. B. an den Füssen, welche von amniotischen Verwachsungen herrühren können.

Prof. P. Müller:

Ueber Extrauteringravidität*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 9, pag. 291, 1903.)

Der Vortragende berichtet über 50 Fälle von Extrauteringravidität. An Hand dieses Materiales sucht er das landläufige Bild dieses pathologischen Zustandes zu korrigieren. Der Symptomenkomplex, wie er gewöhnlich

* *Anmerkung.* Siehe in *Gyn. Helv.* III, pag. 152, die aus der Berner-Frauenklinik hervorgegangene Publikation von *Dr H. Reyser:* « 50 Fälle von Extrauterinschwangerschaft ».

len Lehr- und Handbüchern geschildert wird, tritt nur in der gegeren Anzahl von Fällen auf.

)as Ausbleiben der Menses dauert in vielen Fällen kaum 5—6 Wochen, in einzelnen Fällen tritt die Blutung aus den Genitalien sogar am malen Termin wieder ein. Die Vergrösserung und Erweichung des rus ist manchmal sehr geringgradig. Oefter ist der Uterus normal ss und normal fest, besonders in den Fällen, wo das Ei schon einige t abgestorben ist. Nicht immer ist das Ei in der Tube als ein weicher, ıder, abgeplatteter Körper fühlbar; auch das ergossene Blut, selbst ın es in grösseren Mengen angesammelt ist, ist zuweilen physikalisch ht nachweisbar. Die sonstigen objektiven und subjektiven Zeichen Gravidität fehlen oft oder sind nur undeutlich ausgesprochen. Manch- l kann nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose gestellt werden. (Interne ıtung.)

)ie *Prognose* einer Extrauteringravidität ist eine sehr günstige.

Vas die *Behandlung* anbelangt, so muss nach den Erfahrungen der *rner-Klinik* operativ eingeschritten werden. *Wird eine Extrauterinıvidität mit Sicherheit erkannt, so lange noch nicht die Tube geborsten r noch nicht ein Tubarabort eingetreten ist, so ist baldmöglichst das Ei der Tube zu entfernen, je eher, umso besser.*

ıuch bei einer *Wahrscheinlichkeits-Diagnose* soll das nämliche Verren eingeleitet werden, da, wenn auch eine Verwechslung mit einer lern Adnexaffektion stattgefunden hätte, die letztere ja doch operiert rden müsste.

prechen die akut eintretenden Erscheinungen einer internen Blutung eine Extrauterinschwangerschaft, so ist schon auf diese Wahrscheinkeit hin eine Laparotomie auszuführen und zwar auch bei bestehender s- und Bewustlosigkeit der Frau.

Diskussion:

)r. Konrad: ist mit den vorgebrachten Grundsätzen der Behandlung Extrauteringravidität einverstanden. Früher, als man nicht operierte, man öfters Weiterentwicklung und Lithopädionbildung.

)r. Weber: empfiehlt zur Untersuchung die Trendelenburg'sche kenhochlagerung, wegen der starken Erschlaffung der Bauchdecken.

)r. La Nicka: berichtet über einen Fall, wo die Frau über Unwohlsein 3 Tage zu späten Menses klagte; als er sie besuchte, fand er sie beiıe verblutet. Operation. Heilung.

Dr. KONRAD: TRENDELENBURG lässt oft im Stich und kann die Narko
nicht ersetzen.

Dr. von FELLENBERG: erwähnt einen Fall, von vollständig resorbierte
kindskopfgrosser Hæmatocele retrouterina.

Dr. DICK: hat in den letzten 10 Jahren 21 Fälle von Extrauteringra
vidität zu beobachten Gelegenheit gehabt; von diesen wurden 16 operiert
und geheilt; 5 wurden nicht operiert und heilten auch aus. Von de
16 Operierten waren 4 Abdominalgraviditäten mit Ausbildung vo
Früchten bis zu 7 Monaten, 12 Tubengraviditäten mit 3 Tubenaborte
9 Tubenrupturen.

DICK ist bei den günstigen, operativen Resultaten (kein Todesfall) fü
die operative Behandlung. Abdominale Laparotomie, der bessern Ueber
sichtlichkeit und Blutstillung wegen; möglichst frühzeitiges Operiere
In Erinnerung sind dem Referenten hauptsächlich 2 Fälle, die bedeute
leichter und weniger gefährlich verlaufen wären, wenn frühzeitig operat
eingegriffen worden wäre; *daher frühzeitig operieren!*

Bezüglich der Versorgung des Tubenstumpfes, wenn die Tube nic
aus dem Tubenwinkel ausgeschnitten wird, empfiehlt DICK, denselb
zwischen die beiden Blätter des lig. lat. zu versenken.

Bei Fällen, die erst später zur Beobachtung und Behandlung kam
wo es sich um die Bildung von Hæmatocele retrouterina handelt, dürf
eine konservative Behandlung zunächst einzuleiten sein; erst bei Ve
grösserung des Sackes, bei Vereiterung, Verjauchung mit Fieber, i
operativ einzugreifen und zwar in diesen Fällen von der Vagina au
durch Spaltung des Sackes.

Prof. MÜLLER: Extrauteringravidität wird anfanhs häufig mit Ab
verwechselt; deshalb soll man bei jedem Abort daran denken und nac
sehen.

Doc. Dr. WALTHARD:

Demonstrationen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 16, pag. 553, 1905.)

1. *Enormes Cervixmyom,* das wie ein Kindskopf aus der Cervix he
vorschaute. Solche Cervixmyome eignen sich für vaginale Operation
mit Morcellement.

!. *Beginnendes Cervixcarcinom.* Die Patientin war vorher wegen Erosion Muttermund in Behandlung. Klinisch war es eine Erosion; anatomisch r ein Carcinom. Die Probeexcision ist in solchen Fällen von Wichtigkeit.
¦. *Vorgeschrittenes Carcinom der Cervix.* Patientin hatte seit einem ıre keine Menses mehr. Vor 10 Tagen sah sie zum ersten Male einen ›pfen Blut fliessen, ging sofort zum Arzt und schon bestand eine starke iltration des Lig. latum.

Prof. MÜLLER:

Prolapsoperation nach Wertheim.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 19, pag. 663, 1903.)

Nach einer Uebersicht über die bisher gebräuchlichen Methoden, stellt *of.* MÜLLER eine Frau vor, die vor 13 Tagen an einem totalen Uterus-d Scheidenprolaps operiert worden war. Die nach WERTHEIM ausge-ırte Operation ist eine Modifikation eines früheren Vorschlages von EUND. Die vordere Vaginalwand wird wund gemacht, dann das vordere ıeidengewölbe, resp. die Plica vesico-uterina peritonei eröffnet. Durch die nachte Oeffnung wird der Uteruskörper in die Scheide luxiert und so um-stürzt mit seiner hintern Fläche an die vordere Vaginalwand angenäht.)ie Methode ist nur bei Konzeptionsunmöglichkeit zu verwenden, die nstruation wird nicht ausgeschlossen.

Dr. v. FELLENBERG:

Demonstration zweier Strumapräparate.

iehe unter: *Veröffentlichte Originalartikel:* « Strumektomie als Notoperation in Schwangerschaft. »

(Ibid. pag. 664)

Diskussion:

Prof. MÜLLER sieht die Gefahr solcher Strumen, neben der Kompres-n, hauptsächlich in den begleitenden Katarrhen, nebst Lungenoedem. Schilddrüse beteiligt sich an allen Phasen des weiblichen Geschlechts-ens, auch ist die Struma häufiger bei Mädchen als bei Knaben. Es te häufiger bei bedrohlichen Erscheinungen schon in « graviditate » riert werden, ohne erst solch' üble Zufälle abzuwarten.

Dr. Dick: Diese Fälle ergeben die Berechtigung der Gynækolog gegebenen Falles auch einmal über die Grenze ihres Spezialgebiet hinaus Hand anzulegen.

Ueber Ruptur am Fundus uteri.

(Ibid. pag. 664.)

v. Fellenberg bespricht eine in der *Berner-Frauenklinik* an der St vorgekommene Ruptura uteri, an welcher vor 3 Jahren aus der Uteru kante eine Pyosalpinx, mit dem interstitiellen Tubenabschnitt, excidi worden war. Der Rumpf des Fœltus, nebst Placenta, war in der Bauc höhle; der kindliche Kopf blieb aber in der Uterushöhle und wur durch regelmässige Wehen in die Vagina geboren,

Diskussion:

Prof. Müller: erläutert die Verhältnisse solcher Narben am Uteru Es soll stets in ausgiebiger Weise, in mehreren Etagen, jede Uteruswun vernäht werden. Man soll bei der Naht von Kaiserschnittwunden nic die Decidna und die Höhle des Uterus vermeiden. Normal finden si sogar dünne Stellen am Uterus z. B. bei Uterus arcuatus.

Dr. Wildbolz:

Ueber den neuen Harnscheider nach Luys.

(Ibid. pag. 664).

Vor dem Gebrauche (bei 15 Patienten) wurde stets die Blase mit de Cystoskope untersucht, um sich davon zu überzeugen, ob nicht an tomische Eigentümlichkeiten derselben von vorneherein eine richti Funktion des Harnscheiders verunmöglichen.

Bei normaler Blase kommt das Instrument leicht zwischen die beid Uretermündungen zu liegen; bei Verzerrungen des Blasenbodens, dur Tumoren im kleinen Becken, durch Prolaps der vorderen Vaginalwa durch Lageanomalien des Uterus etc., kann die Applikation ohne end kopische Kontrolle schwierig werden.

Die genaue Anfügung des Harnscheiders an die Blasenwand ka verunmöglicht werden durch Trabekelblase, Cystocele etc.

ıer Vortragende warnt davor, dem LUYS'schen Harnscheider zu grosses trauen zu schenken. Nur dann dürfen die mit ihm erhaltenen Unter- ıungsresultate als unbedingt richtig anerkannt und verwertet werden, ın dieselben mit Sicherheit auf eine einseitige Nierenerkrankung weisen, d. h. wenn nur aus der einen Kanüle des Harnscheiders patho- sch veränderter Urin fliesst, die andere aber vollkommen normalen n liefert. Wenn jedoch der Harnscheider aus beiden Blasenhälften ıologisch veränderten Urin liefert, dann ist es unsere Pflicht, diese ultate des Harnscheiders durch den Ureterenkatheterismus zu kontrol- ən, bevor wir eine doppelseitige Nierenerkrankung annehmen und ıalb auf einen operativen Eingriff verzichten*.

Diskussion:

ŀr. DICK: bedauert die wenig sichern Erfolge; er hat den LUYS'schen ·nscheider einmal mit grossem Erfolg angewandt.

Medizinische Gesellschaft des Kantons Freiburg.
Société fribourgeoise de médecine.

Dr. SCHALLER:

Zur Behandlung des Abortus.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 5, pag. 347, 1903.)

t das Ei noch uneröffnet, so wird die Vagina, event. der Cervicalka- mit Jodoformgaze tamponiert; ist nach 24 Stunden die Expulsion

Anmerkung des Referenten. Ich habe in meiner Praxis ebenfalls einen Fall einsam mit Collega *König*) zu beobachten die Gelegenheit gehabt, bei dem nach Scheidung der Blase mit dem *Luys'schen* Separator nur auf der einen Seite s trüber Harn ausfloss, während die andere Seite gar nicht secernierte; auch kann nur der Harnleiter-Katheterismus die vorliegenden Verhältnisse aufklären. ngehende Publikationen über die beiden « Harnscheider », die gegenwärtig einander urrenz machen, über den Harnscheider von *Luys* und den von *Cathelin* (mit ı Illustrationen) findet man in *Pozzi's* Revue. Tome VII. Janvier-Février 1903: *orges Luys:* « De la Méthode de Séparation de l'Urine des deux Reins dans la e »; und *F. Legueu* und *F. Cathelin:* « Résultats cliniques de la séparation vésicale des urines avec le diviseur gradué ». In einem hübschen, kleinen Bänd- von 96 Seiten bringt *Cathelin* die ganze Frage in ansprechender und klarer ı zur Sprache: « *Le Cloisonnement Vésical et la Division des Urines.* (Les alités Médicales, J. B. Baillière et Fils, Paris.)

des Eies nicht erfolgt, dann nochmalige Tamponade, nach vorhergehe der Scheidendesinfektion.

Bei unvollständigem Abortus, bis Ende des zweiten Monates, ist d Curettage anzuempfehlen; ist das Ei älter als zwei Monate, so kommt d manuelle Ausräumung in Frage.

Die Curettage kann ohne Anæsthesie ausgeführt werden, für die m nuelle Ausräumung ist tiefe Narkose angezeigt.

Bei schon eingetretener Infektion verwirft SCHALLER die forcierte D latation und radicale Curettage; er empfiehlt heisse intrauterine Subl mat-Lysol-Chlorwasser-(HEGAR) Injektionen und Uterusdrainage.

Dr. CLÉMENT:

Stieldrehung bei Ovarialcyste und bei Ovarialsarcom.

(Ibid.)

1. *Ovarialcyste* von 8 Kilos scheint nur noch durch Adhærenze ernährt worden zu sein, die mit dem Epiploon eingegangen wurde der Stiel war in Folge der Drehung atrophirt; nie waren eigentlich Schmerzanfälle aufgetreten.

2. *Ovarialsarcom* bei einem 14 Jahre alten, noch nicht menstruierte Mädchen: Plötzlich trat ein grosses Schwächegefühl ein. Man fühlte i der hypogastrischen Gegend einen median gelegenen, etwas nach rech abgewichenen Tumor, von der Form eines graviden Uterus; bei der v ginalen Untersuchung fand man keine Vaginalportion, sondern nur e seichtes Grübchen:

Diagnose: Hæmatometra in Folge einer Missbildung des Halsteile In Narkose gelingt es nicht, durch das seichte Grübchen, in das Cavu uteri einzudringen. Bei der Laparotomie konstatiert man eine Sti drehung eines rechtseitigen Ovarialsarkoms, nebst einer Atrophie d Uterus (kaum 2 cm lang).

Dr. Weck:

Plötzlicher Tod bei fehlerhafter Insertion der Placenta.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 8, pag. 577, 1903.)

Weck hat in seiner Klientele 3 hierhergehörige Fälle beobachtet. Entder ist es die, wiederholten Blutungen während der Schwangerschaft, gende Anæmie oder eine abundante Blutung während der Geburt, die ı Exitus herbeiführt; ganz besonders gefährlich erscheint die Plaıta prævia centralis.

Die Kräfte der Gebärenden können in Folge der Blutungen und der chen Entleerung des Uterus etc. so sehr schwinden, dass tödtliche ınmachts-Anfälle auftreten.

In der « *Maternité* » sah Weck eine Entbundene sterben, während ın sie vom Operationstisch nach dem Bett verbrachte. In solchen Fälı sollte vom Chloroform Umgang genommen werden.

Wie soll sich der Arzt in solchen Fällen verhalten?

Ist ärztliche Hülfe ganz im Beginne der Blutung verlangt, so soll man Vagina mit aseptischen Wattetampons ausstopfen; die Tampons, die den Scheidengrund zu liegen kommen, sollen mit einem fixierenden den versehen werden, während die andern, mehr nach dem Scheidengang gelegenen, ohne einen solchen Faden appliziert werden können. Sämtliche Tampons sollen mit einem fetten, antiseptischen Körper umllt werden*, um so eine für das Blut undurchlässige Masse zu bilden.

Haben schon wiederholte und starke Blutungen stattgefunden, dann ngt das weitere Eingreifen davon ab, ob die Geburt noch nicht begonn, oder ob selbe bereits mehr oder weniger fortgeschritten sei.

Im ersteren Falle führe man die Tamponade der Scheide aus und kräfe den Organismus durch alle erdenklichen Mittel: Einreibungen, rme Einpackungen, Alkohol-Verabreichung; Aether-Injektionen, ev. ysiologische Kochsalzlösung.

Im zweiten Falle tamponiere man nur während der Dilatationsperiode d schliesse, diese beendigt, sofort die Extraktion des Fœtus an, mit nt. nachfolgender Placentarlösung.

Siehe *diesen Jahrgang* unter « Veröffentlichte Originalarbeiten »: *Dr. Labhardt:* ur *Henkel*'schen Abklemmung der Uterinæ bei Post-partum-Blutungen »; und an anschliessend: *Dr. Bastian:* « Ein neues Verfahren zur Stillung der Posttum-Blutungen ».

Diskussion :

Dr. Nicod: erwähnt einen Fall von Placenta prævia centralis; im Monat eine starke Blutung, die durch Tamponade gestillt werden konnt im 8. Monat neue Blutung; Dilatation von 5 Frankenstück-Grösse; fo cierte Dilatation und Extraction. Exitus infolge « post partum »-Blutun die absolut nicht gestillt werden konnte.

Dr. Dupraz: empfiehlt das von Dr. Bastian, *Genf* angegebene Ve fahren zur Stillung der « Post-Partum-Blutungen »: Einführen ein *Cusco*-Speculums, das möglichst gespreitzt und belassen wird: energisc Tamponade der Scheidengewölbe, wodurch eine deutliche Elevation d Uterus herbeigeführt wird.

Dr. Pégaitaz: übt auf die Extremitäten eine Compression aus. u das Blut in den Körperkreislauf zurückzustauen; dann appliciert er ei Ergotin-Injektion, dilatirt manuell den Cervicalkanal und macht d Wendung mit anschliessender Extraktion; in einem Fall verbliebt d operirende Hand während 3 Stunden « in utero », um Contraktion hervorzurufen.

Dr. Nicolet: ist von der intrauterinen Gaze-Tamponade befriedi Die Gaze wird vorher mit Lysol durchtränkt.

Dr. Treyer: macht auf die subcutane Applikation von Gelatine a merksam. Die Gefahren der Tetanus-Uebertragung existieren nicht me seit das bakteriologische Institut in Bern vor der Sterilisation contr lierte Gelatin-Tuben in den Handel gebracht.

Dr. Weck: ist mit Dr. Clément von den Gelatineinjektionen bei B tungen sehr befriedigt.

Dr. Dupraz: warnt vor der subcutanen Gelatineapplikation; es ka wie dies Dr. Bourdillon in seiner Genfer-Dissert. gezeigt, eine all meine Coagulation des Blutes eintreten; dagegen kann der äussere G brauch von sterilisierten Gelatine-Lösungen gute Resultate geben. Gew schwere « post-partum-Blutungen » stammen nicht selten von tiefen C vixrissen her.

Dr. Weissenbach: hat in hiehergehörigen Fällen entweder die Co pression der Abdominal-Aorta ausgeführt oder die Tamponade mit d vorher gewendeten Frucht oder endlich hat er den Uterus stark in A teversion gebracht und zugleich den unteren Gebärmutterabschnitt g gen den Symphysenrand angedrängt. Dieses letztere Verfahren gibt a gezeichnete Resultate.

Dr. CLÉMENT:

Casuistische Beiträge.

(Ibid. pag. 579.)

1. *Primäres Carcinom der beiden Ovarien.* (Mikroskop. Diag. von Prof. ILLING.) 42jährige Frau. Die beiden Tumoren waren vollständig frei; s Abdomen enthielt eine blutig-gefärbte Flüssigkeit. Die Patientin ht gut.

2. *Dermoidcyste des Ovariums mit carcinomatöser Degeneration.* Im senterium fand man voluminöse und vollständig verhornte Ganglien.

3. *Tuben und Peritonealfibrome.* Auf einer Tube und auf der peritonen Oberfläche eines Bruchsackes wurden kleine, disseminierte Granuionen gefunden, die an Miliartuberkulose erinnerten. Die mikroskoche Diagnose, ausgeführt von Prof. STILLING, ergab kleine Fibrome.

4. *Tubenschwangerschaft* von drei Monaten; plötzliches Einsetzen von hmerzen in der Ileo-Cœcalgegend mit hohem Fieber, Erbrechen und ablierung einer Resistenz (Perityphitis?).

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Dr. R. MEYER:

Myomatöser Uterus mit Gravidität.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 7, pag. 213, 1903.)

10 jährige Nullipara. Menses ohne Besonderheiten, erst seit einigen naten etwas profuser als früher. Heirat im September 1901. Mitte vember Menses bedeutend schwächer wie früher, sistierten dann gänz-1, bis am 25. Januar wieder etwas wässeriges Blut abging; seit drei chen bemerkt Patientin eine Resistenz in der rechten Unterbauchgend. Der bis zum Nabel reichende Tumor war im kleinen Becken fest geklemmt und der gravide Uterus als weichere Resistenz etwas rechts r der Symphyse zu fühlen. *Totalexstirpation.* Der Tumor war in chem Zustand über mannskopfgross und sass der hinteren Uterusnd breitbasig auf. Die Grösse des Uterus entspricht etwa dem Ende dritten Monates.

Dr. E. Schwarzenbach:

Hæmatoma ligamenti lati sinistri.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 11, pag. 377, 1906.)

27 jährige I para; normales Becken. Wegen andauernder Verlangsamung der kindlichen Herztöne: Forceps am bereits sichtbaren Kopf. Dammriss I. Grades.

Nach dem Erwachen aus der Narkose unerträgliche Schmerzen im Unterleib. Direkt über der Symphyse fühlt man einen fast kindskopfgrossen, weichen Tumer. Credé'scher Handgriff erfolglos; erst ein leichter aber sehr schmerzhafter Druck über der Symphyse brachte die Placenta zum Vorschein. Wegen Hochstand des Uterus heisse Gebärmutterspühlung. Der beschriebene Tumor ist nicht verschwunden, nimmt vielmehr zu, so dass er schliesslich die Symphyse reichlich um Handbreit überragt.

Diagnose: Hæmatoma lig. lat. sin.

Therapie: Ergotininjektion; Eisblase; Naht des Dammrisses.

Verlauf: Pulsbeschleunigung nahm ohne äussere Blutung zu. 1.5 Der harte und schmale Fundus uteri steigt bis zum Brustkorbrand; erst $2^1/_2$ Stunden nach Ausstossung der Placenta trat plötzlich eine mittelstarke Blutung nach aussen ein. Eingehen mit der Hand bezweckt Tamponade: Uterus stark nach rechts verdrängt, keine Uterusruptur, kein nennenswerter Cervixriss; das Hæmatom verursacht keine Herabdrängung des Scheidengewölbes.

Am Nachmittag des folgenden Tages stand der tamponierte Uterus nur noch ein Finger breit über dem Nabel; das Hæmatom war kleiner und härter geworden; am 2. Tage nach der Geburt wurde die Jodoformgaze entfernt. Das Hæmatom nahm sehr rasch an Grösse ab, so dass es schon am 8. Tage von aussen nicht mehr zu fühlen war. Aus dem Wochenbettsverlauf ist noch eine fast drei Wochen andauernde Blasenlähmung zu erwähnen. Am 18. Tage ergab die innere Untersuchung: Vagina ohne Narben, Portio ohne tiefere Einrisse, Uterus retrovertiert, wenig vergrössert; links und hinten eine diffuse, teigige Resistenz von Hühnereigrösse.

Epikrise: Die Erfolglosigkeit des Credé'schen Handgriffes erklärt sich aus der Spannung des lig. lat., wodurch ein Hinabschieben des Uterus verhindert wurde. Die äussere Blutung war durch Uterusatonie

lingt, wofür wiederum der interligamentäre Bluttumor als Ursache :usehen ist. Die hartnäckige Blasenlähmung war ebenfalls durch das ɛmatom verursacht.

So klar die Diagnose dieses Falles liegt, so dunkel ist die *Aetiologie**. *Periuterine Hæmatome ohne Uterusruptur* (bei der Geburt entstanden) d sowohl in den geburtshülflichen Lehrbüchern, als auch in der übri- ı Litteratur, fast gar nicht erwähnt.

Vielleicht darf die Anamnese zur Erklärung herangezogen werden: Die häufigen Schmerzen links im Unterleib, im linken Bein während · Menses und auch in der Schwangerschaft, die Wadenkrämpfe und deme können auf Venenerweiterungen zurückzuführen sein. Varicen ı lig. lat. sind gar nicht zu selten.

Somit kann das Hæmatom durch Platzen eines intraligamentären ırix entstanden sein, was bei den beispiellos heftigen Zirkulations- derungen während der Geburt gewiss nicht unwahrscheinlich ist.

Hydrocephalus.

(Ibid. Nr. 14, pag. 482.)

25 jährige I para, mit normalem Becken. Blasensprung vor $2^1/_2$ Tagen; 'ollkommene Fusslage. Wegen Wehenschwäche Herunterholen eines sses. Herztöne leiser; daher trotz unvollständig eröffnetem Mutter-

* *Anmerkung des Referenten:* Eine Arbeit aus der Feder von *Professor Engström:* eber parauterine Menstrualblutungen » (Mitteilungen aus der Gynækologischen nik des *Professor Dr. Otto Engström.* Bd. IV, Heft 2 pag. 101, 1902) ist vielleicht Stande etwas Licht in das dunkle Gebiet der Aetiologie der Hæmatome des lig. lat. werfen.

Ein von *Engström* selbst beobachteter Fall beweist, dass eine Blutung aus Geweben der Umgebung der Gebärmutter, periodisch und im zeitlichen Zusammenhang mit · menstruellen Blutung aus der Uterusschleimhaut, auch ohne Beteiligung der ıcosa der Tuben, entstehen kann. Entweder liegt die Ursache in einem abnormen fässreichtum der betreffenden Körperstellen, oder in einer ungewöhnlichen Dünn- ndigkeit und leichter Zerreissbarkeit der Gefässe daselbst.

Es könnte nun dadurch nach des Referenten Ansicht ein « locus minoris resistentiæ » chaffen werden, der dann « post-partum » zu einer abundanten Blutung führte.

Siehe des weitern *diesen Jahrgang:* Medizinische Gesellschaft Basel: *Dr. Labhardt: ematom des linken Lig. lat.* (bei plattem Becken etc.)



mund *Extraktion.* Armlösung schwierig, Entwicklung des Kopfes, trotz *Walcher'scher Hängelage*, unmöglich. Schädel ballonartig, prall-fluktuierend. *Perforation* und leichte Extraktion des Kopfes.

Hydrocephalus, Spina bifida lumbalis und Klumpfüsse.

(Ibid. Nr. 14, pag. 483.)

33 jährige III para, mit normalem Becken. Im Beckeneingang der Kopf, der sich weich anfühlte, prall, ziemlich deutlich fluktuierend. Spontane Geburt. Der Kindesschädel stellte eine grosse, *schlaffe* Blase mit schlotternden Knochen dar. Umfang 40 cm; nach $4^1/_2$ Stunden starb das Kind. Bei der Eröffnung des Schädels an der Leiche floss ungefähr 1 Liter Flüssigkeit heraus; die spontane Geburt wurde nur durch die *Schlaffheit* der Schädelhüllen ermöglicht; der Mechanismus des Kopfdurchtrittes war derselbe, wie bei der Ausstossung des elastischen Intrauterinballons: die weiche Blase passte sich der engen Stelle an und ihr Inhalt floss durch die Einschnürung hindurch.

Vaginismus superior.

(Ibid. Nr. 14, pag. 484.)

24-jährige I-para; allgemein verengtes Becken I. Grades; seit 2 Tagen Wehen; heftige Presswehen; Kopf fest im Becken-Eingang.

Bei gelegentlicher Inspektion der äussern Genitalien konstatierte man, dass die Vulva während der Wehen stark zum klaffen kam, trotzdem der Kopf immer noch im Eingang stand. Während der Wehen machte SCHWARZENBACH nun eine *merkwürdige Beobachtung:*

« Etwa 2—3 cm über dem Introitus vaginæ fühlte man 2 dicke, ziemlich feste Wülste von der Seite her an die untersuchenden Finger sich anpressen. Diese Muskelwülste schoben den Kopf, der durch die Bauchpresse etwas in's Becken hineingedrückt worden war, zurück, nach oben.

Bei einer zweiten Wehe war derselbe Vorgang in eklatanter Weise wieder zu fühlen: *Geringe Uteruskontraktion, Eintreten des Kopfes unter dem Einfluss der Bauchpresse, Zurücksteigen des Kopfes infolge der*

tigen Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur, spec. des musc. levator *i, wobei der Kopf eine Umkehr der sog. 2. Drehung ausführte**.

Durch die starke Kontraktion des levat. ani wurde die unterste Partie · Vagina dem Introitus zugeschoben und infolgedessen die Ränder der ztern auseinander gedrängt. *Die Therapie* ist in solchen Fällen ein- h: man gibt Narcotica (Morph. subcutan**.)

Dr. E. Tschudy:

Nierensteine durch Nephrotomie entfernt.

(Ibid. Nr. 14, pag. 485.)

26-jährige Hausfrau; 31. August 1900 spontane Geburt; *Katheterisation* rch die Hebamme; 6. Sept. *schwere eitrige Cystitis*, schwere phlebothrom- ische Puerperalfiebererkrankung; im Dez. 1900 ging ohne vorausge- ngene Kolik ein *traubenkerngrosses Konkrement per urethram* ab; Juli 1901 heftige *Diphtherie*; *zugleich wurde der Urin stark trübe, tig und eiweisshaltig;* im August 1901 bekam Patientin, während sie Bade war, einen *Frostanfall*, heftige Schmerzen im Rücken etc. und rk blutiger Urin. *Von nun an trat in häufig wiederkehrenden Anfällen utharnen auf;* weder bakteriel noch cystoskopisch konnte (Dr. Hot- tger) eine Tuberkulose nachgewiesen werden.

Radiographie durch Dr. Baer: *Es gelang ein deutliches Bild zweier daumengliedgrosser, in spitzem Winkel aneinander stossender Konkre- nte der rechten Niere herzustellen.*

). November *Nephrotomie* im Theodosianum. Lendenschnitt, Spaltung · Niere in der *Zoudek*'schen Ebene bis ins Nierenbecken hinein und che Extraktion der beiden Konkremente. Nephropexie.

Anmerkung des Referenten: Denjenigen, der sich um diese wichtigen Fragen der hologie des Geburtsmechanismus näher interressiert, möchte ich auch an dieser lle auf den bereits in *Gyn. Helv.* III, pag. 268 besprochenen Atlas von *Professor theim* aufmerksam machen: « *Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens Zustand der Ruhe und unter der Geburt* ».

* Es käme event. die *Morphium-Scopolamin-Verabreichung* in Frage; siehe *diesen rgang* im Kapitel: « Ausländische Litteratur » : *Doc. Dr. K. v. Steinbüchel:* « Schmerz- minderung und Narkose in der Geburtshilfe mit spezieller Berücksichtigung der nbinierten Scopolamin-Morphium-Anæsthesie ».

Wie sich nachträglich herausstellte, hatte Patientin kurz vor de Spitaleintritt konzipiert; die Gravidität verlief durchaus ungestört u ohne Beschwerden von Seiten des uropoetischen Apparates! *

Vortragender bespricht kurz die *klinisch-diagnostische Bedeutung d Falles,* (Die Patientin wird die Konkremente schon lange, d. h. mehr Jahre beherbergt haben) um dann die *Indikationen der Nierensteinopera tionen* zu erörtern. Im vorliegenden Falle bildeten die erschöpfende Nierenblutungen, als auch die nicht unbedeutenden subjektiven Be schwerden, den Grund zur Vornahme der Operation.

Was schliesslich den Modus procedendi ** anbetrifft, so hat Tschud die Nierenspaltung der Pyelotomie, der Eröffnung des Nierenbeckens vorgezogen, weil sie bessere Resultate liefert, mehr Uebersicht gewähr und weil sie auch ein genaues Urteil über den Zustand des Parenchyms gestattet.

Fremdkörper in der Blase.

(Ibid. Nr. 15, pag. 514)

35-jährige Patientin, die sich vor zwei Monaten ein Thermometer in die Blase eingeführt. Im Anfange keine Beschwerden; in letzter Zeit aber häufigen Tenesmus.

Starke Reizbarkeit der Blase, verbunden mit häufigem Urindrang dagegen keine Cystitis, keine Blutungen. Mit dem Cystoskop sah man sehr schön das mit seiner Längsachse von rechts nach links liegende Thermometer und konnte selbst die Temperatur ablesen, die Blasen schleimhaut erschien durchaus normal.

Entfernung des Fremdkörpers in Narkose: Nach Analogie der kom binierten Wendung des Kindes wird eine *kombinierte Wendung* des Fremdkörpers versucht. Mit einer Hand von der Vagina aus, mit der andern von den Bauchdecken her vorgehend, gelingt es sehr leicht, das

* Siehe *Gynæc. Helv.* I, pag. 87: *Dr A. Schröders:* « Chirurgische Operationen während der Gravidität. »

** Anmerkung des Referenten: *Dr. Tschudy* führt des weitern an, dass während der Nephrotomie der Assistent den Gefässstiel komprimirte; das ist wohl überflüssig, vielleicht selbst schädlich; in einem von mir mit Nierenspaltung behandelten Falle wurde von jeder Compression Abstand genommen, ohne die geringste Blutung zu erleben.

ermometer durch streichende Bewegungen zu drehen und mit dem en Ende gegen das Orificium urethræ zu dirigieren.

Diskussion:

Dr. BAER: teilt auf eine Anfrage von Prof. EICHHORST mit, dass im ntgenbild die Phosphatsteine am schlechtesten sichtbar sind; in ıester Zeit kann man die Steine besser sichtbar machen mit weichen hren, welche langsamer arbeiten und durch Ausschaltung eines Teils r Weichteile. Steine von Erbsgrösse können jetzt nachgewiesen werden; :h die innere Strukture der Steine kann nachträglich durch Radio- ıphie sichtbar gemacht werden.

Dr. TSCHUDY: gibt auf die Frage von Dr. BAER, ob das Thermometer der Blase inkrustiert war, verneinende Auskunft.

Dr. HOTTINGER: Solche Fremdkörper stellen sich in der Blase gewöhn- h in den queren Durchmesser. Zur Erleichterung der Extraktion ist ıllung der Blase empfehlenswert.

Dr. TSCHUDY: hat in dem mitgeteilten Falle erst nach Entleerung der nstlich gefüllten Blase den Fremdkörper zwischen beide Hände be- mmen.

'erityphlitis im Bruchsacke mit gleichzeitiger Incarceration einer Darmschlinge.

71-jährige Patientin leidet seit 4 Jahren an einer rechten Schenkel- :rnie. 19. Okt. 1902: *Incarceration.* 30. Oktober: *Operation:*

Nach Freilegung der Bruchgeschwulst wird die letztere, vorsichtig prä- ırierend, an ihrem distalen Ende incidiert; statt in den Bruchsack langt man aber in eine ca. baumnussgrosse *Abscesshöhle,* mit fäkulent echendem Eiter. Der Eiter wird gründlich entfernt, dann die Höhle ırch eine Klemme verschlossen und die Umgebung gründlich desinfiziert. ın wird versucht, den Bruchsack in der Nähe der Bruchpforte zu er- fnen; es gelingt hier auch ohne weiteres, seinen Inhalt, bestehend in *ner tief blauschwarzen Dünndarmschlinge,* freizulegen. Nun Erweiter- ıg der Bruchpforte mit dem Messer und Vorziehen des incarcerierten armes. Der Letztere ist in einer Länge von ca. 8 cm schon beinahe der ekrose verfalten; es werden deshalb ca. 13 cm desselben reseziert, dann er Darm nach gründlicher Reinigung mit steriler Kochsalzlösung re- oniert. Nun konstatiert man, dass sich auch noch der *Proc. vermiformis*

im Bruchsack befindet und mit seinem distalen Ende mit der Kuppe des Bruchsackes, da wo sich die erwähnte Abscesshöhle befindet, verwachsen war. Der Appendix wird soweit vorgezogen, bis das Cœcum in der Bruchpforte erscheint und dann an seiner Wurzel « lege artis » amputiert. Dann wird der Bruchsackhals abgebunden und der Bruchsack entfernt. Naht der Bruchpforte und der Haut. Collodiumverband. Heilung.

Dr. Häberlin:

Hermaphroditismus masculinus internus.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Nr. 18, pag. 625, 1903)

Diagnostiziert bei einer Näherin bei Anlass der Operation einer doppelseitigen Inguinalhernie. Der Bruchinhalt bestand aus Hoden, Nebenhoden und Samenstrang. Die Scheide endete blindsackförmig; die innern Genitalien fehlten ganz, so weit es die bimanuelle Untersuchung nachweisen konnte. Der körperliche Habitus war ganz weiblich, auch in psychischer Beziehung keine perversen Erscheinungen.

Dr. Meyer-Wirz:

Sectio cæsarea.

(Ibid. pag. 627.)

Es handelte sich um ein über kindskopfgrosses, gestieltes, von der hintern Uteruswand ausgehendes Fibroid, welches das kleine Becken vollständig ausfüllte und da es im Douglas durch entzündliche Adhæsionen fixiert war, ein unüberwindliches Geburtshindernis bildete.

Multiple subperitoneale und interstitielle Fibroide: Totalexstirpation. Reaktionslose Heilung.

Diskussion:

Dr. Widmer: Trat nach der Operation eine stärkere Blutung auf und wurde aus diesem Grunde der Uterus exstirpiert?

Dr. Meyer-Wirz: Die Blutung war nicht hochgradig. Ein Assistent komprimierte die beiden lig. lata, deshalb war ein genaues Urteil un-

öglich. Hauptgefahr war jedenfalls die Blutung aus der Placentarstelle; r Uterus wurde deshalb « in toto » entfernt, weil er ganz von Myomen ırchsetzt war.

Prof. CLOETTA: Da die Peristaltik eine so grosse Rolle bei Laparotomien ielt, so ist zu verwundern, dass man das *Physostigmin** nicht früher wandte; man darf nicht warten bis die Därme mit Gas überdehnt ıd, dann wirkt das Mittel nicht mehr, oder nur noch dann, wenn man ırch Punktion die Gase entfernt; deshalb sollte man Physostigmin ophylaktisch verabreichen.

Dr. MEYER-WIRZ: Physostigmin wird am ersten Tage nach der peration verordnet, später Bitterwasser.

Frl. Dr. HEER: Darmparese tritt nach Laparotomien nicht auf, wenn orphium und Opium von Anfang an vermieden werden und die Pestaltik durch kleine Dosen von Bitterwasser unterhalten wird.

Dr. MEYER-WIRZ: Darmparese kann allein durch das « Blosliegen » r Därme entstehen.

Dr. WILH. SCHULTHESS: Physostigmin wurde auch bei Peritonitis empohlen.

Prof. CLOETTA: Das Mittel wurde früher schon verwendet, aber ohne rfolg und von v. NOORDEN neu entdeckt. Seine Wirkung hängt nicht ın der Ursache der Lähmung, sondern vom Grade derselben ab.

Prof. EICHHORST: v. NOORDEN empfahl das Physostigmin zur Beseitigıg des Meteorismus. Die Misserfolge können daher kommen, dass das ittel zu spät gegeben wird.

Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich.

Doc. Dr. W. SILBERSCHMID:

Ueber Milch und Milchpräparate.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 17, pag. 598, 1903.)

Die Frage der *Behandlung der Milch*, speziell *für die Säuglingsernähıng,* schien praktisch gelöst nach Einführung des sog. SOXHLET'schen erfahrens; aber durch die klassische Arbeit von FLÜGGE wurde bewie-

* *Anmerkung:* Siehe Zentralbl. f. Gynaek. Nr. 21, 1904: *Dr. K. Vogel:* « Physoigmin nach Laparotomien. »



sen, dass ein Erhitzen im kochenden Wasser nicht genügt, um Milch zu sterilisieren, selbst wenn die Erwärmung eine Stunde und mehr andauert.

Auf Veranlassung von SILBERSCHMID hat Fr. SIDLER im *Zürcher Hygiene-Institut* verschiedene in der Schweiz hergestellte Milchpräparate geprüft.

In bakteriologischer Beziehung erwiesen sich von 75 Flaschen sog. « sterilisierter » Milch 8 keimhaltig; von den kondensierten Milchsorten waren die 2 Präparate mit Zuckerzusatz keimhaltig, die zwei anderen steril.

Es erscheint nicht unwichtig, zu betonen, das die sog. sterilisierte Milch des Handels keimhaltig sein kann. Die *pasteurisierte Milch,* welche als krankheitskeimfrei bezeichnet und häufig irrtümlich als steril betrachtet wird, *enthält ziemlich viele entwicklungsfähige Keime.* Die gewöhnlichen sporenfreien Bakterien, darunter auch der Tuberkelbacillus, werden durch das Pasteurisieren vernichtet.

In neuerer Zeit würde der *chemischen Zusammensetzung der Milch* wieder grössere Aufmerksamkeit geschenkt und die Unterschiede zwischen *Frauen- und Kuhmilch einerseits und zwischen roher und erhitzter Milch andererseits* eingehender berücksichtigt.

So geht aus detaillierten Angaben z. B. hervor, *dass die Aehnlichkeit zwischen Frauen- und Backhaus-Milch keine sehr grosse ist.*

Die Beobachtungen der letzten Jahre scheinen dafür zu sprechen, dass das zu lange Erwärmen der Milch, bei hoher Temperatur, Veränderungen nicht nur in chemischer, sondern auch in physiologischer Hinsicht zur Folge hat. (BARLOW'sche Krankheit.) Die Verdaulichkeit der Milch soll herabgesetzt werden. (ZWEIFEL ist gegen diese Ansicht.) Die Arbeiten auf dem Gebiete der Immunitätslehre haben dazu geführt, neue Erklärungen für die schlechtere Ausnützung der Kuhmilch aufzustellen. Wir wissen (MORO, WASSERMANN), dass die Brustkinder in ihrem Blute mehr *Alexine* enthalten, als die künstlich ernährten Säuglinge. Die Alexine und andere Fermente werden in höheren Temperaturen vernichtet.

Ein *weiterer Unterschied zwischen Frauen- und Kuhmilch* besteht in der *Labgerinnung;* neben dieser kommt die *Säuregerinnung* in Betracht. Kuhmilch bindet ungefähr dreimal mehr Säure als Frauenmilch. SIDLER hat gefunden, dass *lange erhitzte Milch mehr Säure bindet, als nicht erhitzte.*

Es wäre daher denkbar, dass die Gesundheitsstörungen, welche in der Regel erst nach Monaten lang fortgesetzter Darreichung eines Milchpräparates auftreten, durch die, längere Zeit andauernde, höhere Tem-

ruchnahme des kindlichen Magens, durch *den vermehrten Säurebedarf tstehen könnten.*

Wird die Milch *im* SOXHLET'schen Apparat erhitzt, so ist es angezeigt, eselbe *nur etwa 5—10 Minuten in kochendem Wasser* zu lassen.

Diskussion:

Dr. BLOCH: Die Kuhmilch enthält weniger Milchzucker und viel mehr weissstoffe als die Frauenmilch; letztere dagegen weist *nur organische hosphorverbindungen* auf (welche für die Ernährung des Säuglings untbehrlich sind), während die Kuhmilch die Phosphorsäure nur zum eineren Teil organisch gebunden, zum grösseren in *anorganischer Form* thält. Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Mineralphosphate r Kuhmilch vom Säuglinge fast gar nicht ausgenützt resp. assimiliert erden. Die *humanisierte Kuhmilch* leidet bedeutenden Mangel an ornischen Phosphorverbindungen.

Es ist Dr. POSTERNAK gelungen, aus Samen eine natürliche *organische* erbindung zu gewinnen, die einen relativ *sehr reichen Phosphorgehalt it und leicht assimilirbar ist.*

Das Präparat « *Phytin** » genannt, gebraucht BLOCH in einer $1^1/_2\%$ ischung mit Milchzucker.

Prof. CLŒTTA: Vielleicht liesse sich für die Veränderung der Milch ch ein Anhaltspunkt gewinnen aus der Untersuchung des Urins. Wenn e sterilisierte Milch so viel freien säurebindenden Kalk enthält, so ürde vielleicht in der Harnacidität, während der Verdauungszeit, ein nterschied sich zeigen bei Kindern, die mit sterilisierten und bei solen, die mit roher Milch ernährt werden.

An der Wirksamkeit der *anorganischen* Medikamente muss man festlten; der Organismus macht aus allen komplizierten *organischen* Verndungen die *anorganische* Komponente erst wieder frei und verwendet e dann zu den ihm dienenden synthetischen Prozessen.

Dr. SILBERSCHMID: Wir dürfen nicht vergessen, dass sich der Säugling ner ziemlich grossen Anpassungsfähigkeit erfreut und dass namentlich Bezug auf künstliche Ernährung grosse individuelle Verschiedenhein bestehen.

* Siehe diesen *Jahrgang:* « Therapeutische Notizen »: « *Phytin und Fortossan.* »

Medicinische Gesellschaft des Kantcns Waadt.

Société vaudoise de médecine.

Dr. KRAFFT:

Studien über Appendicitis und Opiumverabreichung*.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 2, pag. 124, 1903.)

I. Die Chirurgen gebrauchen das Opium nicht als Heilmittel der Periappendicitis (KRAFFT), sondern einfach zur Beruhigung der Schmerzen und der Peristaltik, bis dass der Zeitpunkt zum operativen Einschreiten gekommen erscheint.

II. Abführmittel und Klystiere sind für das Peritoneum gefährlich; da das letztere (bei der Periappendicitis immer in Mitleidenschaft gezogen) durch Irrigationen per os oder rectum in seiner Abkapselungs-Arbeit gestört wird.

III. Betreffs der Periappendicitis ist die Operation, ausgeführt zu einer vom Chirurgen festgesetzten Zeit, die einzig rationnelle Behandlungsweise.

IV. Die intensive Sensibilität, lokalisiert am MAC BURNEY'schen Punkte, ist bei dem « Cœcum migrans » das einzig zuverlässige Symptom, aus dem man auf eine beginnende Periappendicitis schliessen kann.

Diskussion:

Dr. KRAFFT: *Der interne Mediciner* soll hauptsächlich die entzündlichen Affektionen der Darmschleimhaut behandeln, also diejenigen Affektionen, bei denen der Appendix und sein peritonealer Ueberzug noch nicht erkrankt sind; *der Chirurg* ist dazu berufen, alle Fälle von *Periappendicitis* (KRAFFT) zu überwachen, event. zu operieren, sei es, dass sich die Diagnose nur auf die Constatierung des MAC BURNEY'schen Punktes oder auf die Anwesenheit der Symptome einer Peritonitis, mit oder ohne Abscess, basiert.

Prof. BOURGET: Die KRAFFT'sche Classification ist ganz vorteilhaft für den Chirurgen, hat aber keinen Wert für den Internen. Gewöhnlich sind alle Gewebsschichten entzündet. Warum soll man von einer Periappen-

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* II, pag. 1. *Professor Bourget:* « Die medicinische Behandlung der Perityphlitis ».

citis sprechen, wenn doch zur gleichen Zeit der Appendix mitergriffen t. Letzterer ist nie allein in Mitleidenschaft gezogen; das Cœcum z. B. eist immer mehr oder weniger ausgesprochene Circulationsstörungen if. Was die Verabreichung von Opium anbetrifft, so ist diese absolut ı verwerfen; warme Cataplasmen und lauwarme Klystiere sind ebenso irksam; das Opium wirkt auf den ganzen Verdauungstraktus ein, von ɔ Constipation und Retention von Fæces und Toxinen.

Es entwickelt sich nun hauptsächlich zwischen Roux und Bourget eine ıimirte Diskussion, die des Interessanten so viel enthält, dass sie es wohl ert erscheint, von Interessenten im Original nachgelesen zu werden. ɫevue Méd. de la S. R., Nr. 2, pag. 124 und folgende und Nr. 4, pag. 360 ıd folgende.)

Prof. Muret:

Demonstration.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, n° 11, pag. 745.)

Grosses, cystisches Fibrom von 7 $^1/_2$ Kilos mit doppelseitigen, volumi- ɔsen, multiloculären Ovarialcysten.

VI.

Mitteilungen aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshilfe und Gynækologie.

A. Originalarbeiten.

Prof. Dr. J. Ehrhardt, Zürich:

Zur Kastration weiblicher Schweine.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLV. Band, 4. Heft, pag. 150, 1903.

Die Untersuchungen haben gezeigt, dass, mit wenigen Ausnahmen die Kastration in der Weise durchgeführt worden war, dass nicht nur die Ovarien, sondern gleichzeitig auch der Uterus entfernt wurde. In allen Fällen, in denen nur die Ovarien exstirpiert worden waren, fand man den Uterus sehr atrophisch, einzeln ganz rudimentär *.

Ed. v. Freudenreich, Bern:

Ueber das Vorkommen von Bakterien im Kuheuter**.
Sur la présence de bactéries dans la mamelle de la vache.

Laboratoire de Bactériologie des Etablissements fédéraux d'essais et d'analyses agricoles au Liebefeld près Berne.

(Annuaire agricole de la Suisse. 4me fascicule 1903.)

Imprimerie K. J. Wyss, Berne.

Man nahm gewöhnlich an, dass die Milch, ausgenommen bei Erkrankungen der Brustdrüse, keine Mikroorganismen enthalte; als M. A. R.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* I. pag. 25. *Professor Jentzer und Dr. Beuttner* Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie ».

** Siehe diesen Jahrgang: *Dr. A. Lux:* « Ueber den Gehalt der frisch gemolkenen Milch am Bakterien. »

'ARD im Jahre 1898 aber zeigte, dass die Brustdrüse im Gegenteil zahliche Bakterien beherberge, war die Lehre von der « sterilen Milch » schüttert.

Die uns beschäftigende Frage ist immerhin noch nicht definitiv gelöst.

v. FREUDENREICH hat 15 Brustdrüsen der Kuh, in analoger Weise wie 'ARD, untersucht; die einzelnen Resultate, in Tabellenform übersichtlich ısammengestellt, ergeben:

In sämtlichen, untersuchten Brustdrüsen wurden Bakterien gefunden.

Aus welchen Gründen eine Luftinfektion ausgeschlossen werden ısste, wird eingehend erörtert und an der Tatsache festgehalten, dass e normale Brustdrüse immer Bakterien enthalte. Meistens handelte es :h um *Mikrococcen*, manchmal auch um ein *Bacterium non liquefaciens;* nmal wurde das *Bakt. lact. acidi* vorgefunden.

Die Zahl der Bakterien schwankt selbst in der gesunden Milchdrüse ınz beträchtlich; immerhin hat es den Anschein, dass die Mikroganismen sich nicht in's Unendliche vermehren können, und dass hr wahrscheinlich die Milch und die Gewebe baktericide Eigenschaften sitzen.

Woher stammen die Bakterien, die man in der Milchdrüse findet?

v. FREUDENREICH hat experimentelle Studien darüber angestellt, ob ıkterien, die die äussere Oeffnung des Strichkanales passieren, im ande seien, bis in die Drüse selbst vorzudringen; in Anwendung kamen 'r *B. prodigiosus* und der *B. fluorescens*. Während letzterer Bacillus cht mehr aufgefunden werden konnte, konstatierte man im Gegenteil ährend 8 Tagen den B. prodigiosus.

v. FREUDENREICH ist der Ansicht, dass dem Eindringen der Mikroganismen in die Drüse, vom Strichkanal her, keine unüberwindlichen indernisse im Wege stehen, andererseits eine hæmatogene Invasion cht von der Hand gewiesen werden kann.

B. Mitteilungen aus der Praxis.

Tierarzt M. Strebel, Freiburg:

Der Fruchthälter-Bauchbruch bei der Stute und bei der Kuh.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde.)
(XLV. Band, 6. Heft, pag. 322, 1903.)

Man begegnet dem Fruchthälter-Bauchbruch nicht so selten bei de Kuh, weit seltener dagegen bei der Stute. Er stellt sich bei diesen Tier in der sehr grossen Mehrzahl der Fälle, in der vorgeschrittenen Trächti keitsperiode ein, bei der Stute meist nur wenige Tage vor dem Trächtig keitsende. Bei der Kuh entstehen die Fruchthälterbrüche bisweil während des Geburtsaktes, infolge sehr heftigen Drängens.

Eine zu diesen Brüchen disponierende Ursache liegt in der über mässigen Ausdehnung des Uterus, namentlich infolge von hochgradige *Hydramnios.*

Das seltenere Vorkommen der Fruchthälterbrüche (eigentlich de Bauchbrüche, mit dem schwangern Uterus als Inhalt. Ref.) bei der Stut ist der grösseren Widerstandskraft der Bauchmuskeln und deren Ap neurosen zuzuschreiben.

Die Fruchthälterbrüche entwickeln sich bald links, bald rechts an de tieferen Stellen der Bauchseiten, bald auch an der unteren Bauchwan in der Nähe der Linea alba.

Bei der Stute konstatiert man diese Brüche fast immer an der linke nur ganz selten an der untern Bauchwand; bei der Kuh dagegen en wickeln sie sich, mit seltenen Ausnahmen, an der rechten und zuweil an der untern Bauchwand. Das ursächlich innere Moment, der bei d Stute und der Kuh abweichenden Bruchentstehungsstelle, beruht wesent lich auf den Lage- und anatomischen Besonderheiten und den Grösse verhältnissen des Pferdemagens und des oder der Mägen der Wieder käuer.

Beim Pferde liegt der einfache, relativ wenig umfangreiche Magen der vorderen Bauchgegend, ohne die untere Bauchwand zu erreich der Uterus liegt in der letzten Trächtigkeitsperiode der untern Bauch wand auf. Beim Rinde füllt der grosse Pansen die linke Hälfte de Bauchhöhle vollständig aus; der Uterus liegt rechts und ist im hoch

ächtigen Zustande durch den stark entwickelten Pansen stark nach chts gedrängt.

Die anfangs kaum kindskopfgrosse, wenig hervorragende Bauchgehwulst, wächst z. B., entsprechend dem Wachstum des Fœtus und der usdehnung des Uterus, nur allmählich an; in einem andern Falle ericht sie rasch sehr grosse Dimensionen, reicht nicht selten bis zu den)runggelenken und noch tiefer herab. Bei grösseren Brüchen kann an im Bruchsacke Teile des Fœtus, sowie auch dessen Bewegungen, ›utlich fühlen.

Nach der Geburt kann sich der Fruchthälter bald in die Bauchhöhle ırückziehen, bald kann er im Bruchsacke verharren; der Wanst kann ›n freigewordenen Platz einnehmen; dann wieder können der leere terus und Teile des Dünndarmes im Bruchsacke liegen bleiben.

Die Fruchthälterbrüche sind an und für sich nicht direkt gefährlich; e werden es erst, wenn, was bisweilen der Fall ist, infolge des Geburts›rganges die Muskelzerreissung zunimmt und eine Peritonitis sich einellt, oder wenn der Fœtus so tief in den grossen Bruchsack hinabgellen ist, dass er mit der Hand kaum oder selbst nicht mehr erreicht erden kann.

Bei ausgedehnterer Zerreissung der Bauchmuskeln ist die Kraft der auchpresse stark geschwächt; die wenig aktiven Kontraktionen der auchmuskeln sind zu schwach, um auf den tief hinabgefallenen, schweren ruchthälter einen energischen Druck auszuüben und ihn in die Bauchöhle hinaufzudrängen. Die zugleich mehr oder minder geschwächten teruskontraktionen sind ohnmächtig, den Fœtus zum Uterushalse hinıszutreiben. Infolge der schwachen Gebärmutterkontraktionen und der raftlosen Bauchpresse dilatiert sich die Cervix uteri fast ausnahmss in nur geringer Weise.

Grössere Fruchthälterbrüche bilden fast durchwegs ein ernstes, in beimmten Fällen selbst ein nicht zu bewältigendes Geburtshindernis.

Behandlung. Die Entwicklung des Fœtus kann auf zwei Wegen erelt werden; auf natürlichem und auf blutig-operativem Wege. Wo ›r lebende Fœtus nicht « per vias naturales » entwickelt werden kann, ı bleibt noch, weniger mit Aussicht auf die Rettung des Muttertieres, s mehr auf jene des Jungen, falls auf dessen Erhaltung viel gehalten ird, die Vornahme des *Kaiserschnittes* übrig.

Von 18 Fällen von *Kaiserschnittoperation beim Rinde,* die SAINT-CYR nd VIOLET in der Veterinärlitteratur gesammelt, sind 13 von unglück-

lichem Erfolg begleitet gewesen (72%). **Frank** sammelte seinerseits l Fälle von *Kaiserschnitt beim Rinde*; 13 Tiere gingen zu Grunde (65

Bei der *Stute*, diesem sehr empfindlichen Tiere, ist von der Vornahm des Kaiserschnittes abzusehen. (? Ref.) Die Veterinärlitteratur citiert keinen Fall, bei welchem durch die Sectio cæsarea eine Stute hätte g rettet werden können.

In 7, von Frank gesammelten Fällen, bei denen der Kaiserschnitt u mittelbar vor oder nach der Schlachtung gemacht wurde, gelang es mal, das Kalb am Leben zu erhalten (85%). Die von Saint-Cyr u Violet gesammelten Fälle lauten minder günstig. Von 18 mittelst d Kaiserschnittes entwickelten Kälbern, konnten nur 7 lebend entwickel und am Leben erhalten werden.

Die geringe Lebensfähigkeit des Fohlens lässt eine nur winzige Hoff nung, dasselbe zu retten.

C. Mitteilungen aus der Gesellschaft Schweizer-Tierärzte

Jahresversammlung der Gesellschaft Schweizer-Tierärzte in Chur.

Prof Dr. Guillebeau, Bern:

Ueber Euterentzündungen bei Haustieren.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde. XLV. Band; 6. Heft, pag. 329, 190

Die Euterleiden zerfallen in die hypertrophischen, spontanen und i die atrophischen, seuchenhaften Milchgangkatarrhe (Galtarten), sowie i die traumatisch-infektiösen Entzündungen der Zisterne und der grosse Milchgänge. Ferner sind als besondere Arten der Euterentzündung di Entzündung der Drüsenbläschen (parenchymatöse Mastitis) und di tuberkulöse Erkrankung derselben zu unterscheiden.

Die Katarrhe der Drüsengänge werden durch Streptokokken beding während bei der traumatischen Entzündung hauptsächlich der « *Bacill nekrophorus* » im Spiel ist. Die Entzündung der Drüsenbläschen ist di Folge der Invasion von Colibacillen und Staphylokokken.

Streptokokken, Colibacillen und Staphylokokken sind im gesunden Eut schon zu jeder Zeit vorhanden und es steht ziemlich sicher fest, dass s ununterbrochen aus dem Darmkanal in die Milchdrüse einwandern.

Diskussion:

Prof. Zschokke, *Zürich:* In der vorliegenden Frage kann man in ten Treuen anderer Ansicht sein. Die Untersuchungen, die die Intion ausschliesslich vom Darme aus begründen wollen, sind nicht über en Zweifel erhaben; die Infektion von aussen, namentlich durch den zenkanal, scheint bei vielen Euterkatarrhen doch nicht ausgeschlossen. s Einführen einer Bacillen-Kultur nur 1 mm hoch in den Zitzenkanal virkt eine Entzündung des betreffenden Drüsenanteiles. Einer Infektion n Darme aus, auf dem Blutwege, widerspricht z. B. das Erkranken von r einem « Viertel » (und nicht von 2, 3 oder allen 4 auf einmal) beim elben Galt » (kontagiöse Galactophoritis).

Prof. Hess, *Bern:* hält dafür, dass zwingende Gründe den Praktiker nehmen lassen, dass die Mastitis parenchymatosa durch eine Infektion m Blute bezw. vom Darme aus stattfinde. Bei der Annahme einer Intion vom Darme aus, dürfte in Zukunft bei Euterentzündung die sinfektion des Darmes versucht werden.

Tierarzt Hug, *Niederuzwil:* spricht als Praktiker und hält mit Zschokke der Infektionsmöglichkeit vom Zitzenkanale aus, fest.

D. Dissertationen.

Dr. J. Ibel, Kappel, Bayern:

Die mikroskopisch-anatomischen Veränderungen bei gelbem Galt ontagiöse Galactophoritis) und bei der Hyperæmie des Kuheuters, ferner bei der infektiösen Agalaktie der Ziege.

Ueber die Milchsekretion ausserhalb der normalen Laktationszeit, speziell bei 3 neugebornen Zicklein.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern: Prof. Dr. Guillebeau.

(Druck von L. Schuhmacher, Berlin, 1903.)

I. Die mikroskopisch-anatomischen Veränderungen beim gelben Galt ontagiöse Galactophoritis) des Küheuters.

Der « *gelbe Galt* », bei Rindern, Ziegen und Schafen vorkommend, wird urch einen speziellen kettenartigen Pilz erzeugt und führt zur Atrohie der Drüse.

Der diese Krankheit erzeugende Mikroorganismus ist der *Streptococ[illegible] Mastitis contagiosæ;* von NOCARD und MOLLEREAU zuerst in der Mil[illegible] gefunden, wurde er später auch von HESS und BORGEAUD*, GUILLEBEAU[illegible] und ZSCHOKKE*** *erkannt.*

Die histologischen Befunde erstrecken sich auf die Euter von 8 Küh[illegible]

Bei der Durchsicht der gewonnenen mikroskopischen Präparate find[illegible] man 15 — 16, anstatt normalerweise 200 — 300 Bläschen in einem Läp[illegible]chen. Ihr Lumen ist manchmal leer, manchmal mit einer körnigen, a[illegible] Leukocyten bestehenden Masse, oder mit einem feinfaserigen, fettlos[illegible] Albuminatgerinsel erfüllt. Vielfach sind die Zellen der Alveolen von d[illegible] Membrana propria abgelöst, wobei das Epithel oft wie erweicht u[illegible] zerfranst aussieht. Oefter finden sich zwischen den Epithelien Leukocyte[illegible] die sich durch ihre grössere Tinktionsfähigkeit von den Zellkerne[illegible] unterscheiden.

Stellenweise sind die Läppchen auf die Ausführungsgänge reduzier[illegible] Das interalveoläre Bindegewebe ist, wie das interlobuläre, sehr verbreitert[illegible] oft finden sich zahlreiche Leukocyten vor.

Aus den IBEL'schen Untersuchungen ist also zu schliessen, dass be[illegible] gelben Galt eine verhältnismässig milde *Mastitis parenchymatosa,* be[illegible]stehend in dem Durchtritt von Eiweiss und Leukocyten in die Alveolen im Anfang der Krankheit vorhanden ist. Dieser entzündliche Zustan[illegible] scheint jedoch bald sehr rasch abzunehmen, so dass in kurzer Zeit d[illegible] vollständige Ruhestadium in der Drüse sich einstellt. Die Einleitung z[illegible] diesem Ruhestadium geht jedoch unter reichlicher Leucocyteninfiltrat[illegible] der Gerüstsubstanz vor sich. Der ganze Vorgang ist bemerkenswer[illegible] durch die Schnelligkeit, mit der die Entzündungszustände verschwinde[illegible] um dem Zustand vollständigster Ruhe Platz zu machen.

II. Ueber die mikroskopisch-anatomischen Verhältnisse bei der Eute[illegible] Hyperæmie der Kuh.

Das untersuchte Euter stammte von einer 17-jährigen Kuh, die vo[illegible] 3 Tagen gekalbt hatte und die wegen « *hochgradiger Metritis* », *inf*[illegible]

* *E. Hess und A. Borgeaud*: Eine kontagiöse Euterentzündung, gelber Galt gena[illegible] Schweiz. Arch. f. Tierheilkunde, XXX. Bd. 1888 S. 166—167.

** *A. Guillebeau:* Studien über Milchfehler und Euterentzündungen bei Rin[illegible] und Ziegen. Landwirtschaftl. Jahrbuch 1890, IV. Bd. S. 32—36.

*** *Zschokke:* Weitere Untersuchungen über den gelben Galt. Schweizer. Arch[illegible] Tierheilkunde, XXXIX. Bd. 1897, S. 148.

er *Risswunde am untern Muttermunde*, abgeschlachtet werden isste.

Das interalveoläre, sowie das interlobuläre Bindegewebe zeigen an nchen Stellen Blutextravasate; beide Gewebspartien enthalten in ngs- und Querschnitten prall gefüllte Kapillaren. In der Scheidewand r Alveolen verlaufen dieselben in der Regel zu zweien; durch diese iordnung gewinnt der Blutstrom jeder Alveole eine erhöhte Selbständigt und das Gefässnetz ein erhöhtes Anpassungsvermögen an die chselnden Dimensionen der Drüsenbläschen. (6 hübsche Abbildungen rsinnlichen die vorgefundenen Verhältnisse.)

III. Die mikroskopisch-anatomischen Veränderungen bei der infektiösen ralaktie der Ziege.

Die infektiöse Agalaktie ist eine akute, in einer Heide rasch auf alle ere sich ausdehnende Galactophoritis, welche sich durch plötzliches, imerzloses Versiegen der Milch charakterisiert. Manifeste Entzünngserscheinungen sind bei der Krankenuntersuchung nicht wahrhmbar. Komplikationen, die eintreten können, sind: Staar, Entzündung r Tarsal- und Karpalgelenke.

Ibel fand:

a) ausgesprochene *Mastitis parenchymatosa* bei der *Marjolaine*-Ziege.
b) beginnende *Mastitis parenchymatosa* bei der *Botiadaz*-Ziege.
c) im Gegensatz dazu allerdings eine *normal secernierende Drüse* bei der *Badine*-Ziege und
d) eine *Drüse im Ruhezustand* bei der *Badine*-Ziege.

Die pathologische Histologie zeigt somit unzweifelhaft die Veränderigen der *Mastitis parenchymatosa;* dadurch rückt die Veränderung s Euters in die Reihe der entzündlichen Vorgänge an den Augen und n Gelenken.

IV. Milchsekretion ausserhalb der normalen Laktationszeit speziell bei ei neugebornen Zicklein.

In der *Litteratur* sind ähnliche Fälle von Neugebornen beiderlei schlechtes, beim Menschen wie beim Tier, auch solche von ältern Inviduen, bekannt, bei denen sich plötztich Lakation einstellte.

Die mikroskopische Untersuchung des Euters eines der Zickleins ergab ne normal secernierende Drüse; auffallend war nur die Weite der Aushrungsgänge, die an die ruhende Drüse erinnerte; im interlobulären

und interalveolären Gewebe fanden sich stellenweise viele Fettzellen. Die an die Membrana propria sich anschliessenden Zellen waren cylindrisch, einschichtig, es handelte sich um eine *secernierende Drüse des Zickleins.*

Die Litteratur-Uebersicht führt 28 einschlagende Arbeiten auf.

Dr. L. Joris, Orsières, Valais:

Ueber die traumatische Galactophoritis und die metastatische pyæmische Mastitis der Haustiere.

De la Galactophorite traumatique et de la Mastite par Metastase pyémique chez les Animaux domestiques.

Aus dem veterinär-pathologischen Institute der Universität Bern: Prof. Dr. Guillebeau.

(Imprimerie L. Bourgeon, Lyon, 1903.)

Joris hat eingehende *histologische und bakteriologische Untersuchungen* an 27 Tieren vorgenommen. Verwendet wurden dazu die Brustdrüse von 21 Kühen, 2 Schafen, 1 Ziege, 1 Wildschwein, 1 Kaninchen und Meerschweinchen. Am Schlusse jeder Beobachtung findet sich ein ganz kurzes « Résumé ».

Die *acute Mastitis* der *Kuh* zerfällt in zwei Haupttypen: in

I. *Die « spontan » auftretende Mastitis* (parenchymatöse Mastitis, sehr häufig durch Coli-Bacill verursacht) und

II. *Die traumatische Mastitis.* (Offene Wunden etc.)

Je nach dem Modus des Einwirkens des Trauma, haben wir:

1. *Aeusserer Traumatismus.* (Wirkung des Säugungsgeschäftes. Fusstritte, Gabelstiche etc.) und

2. *Innerer Traumatismus.* (Einführung von schmutzigen Instrumenten in den Strickhanal etc.)

Aeusserer sowohl wie innerer Traumatismus können zu einer Galactophoritis führen.

Ganz besondere Beachtung verdient die *Combination von innerem Traumatismus mit Tuberkulose*, umsomehr sich letztere, in gewissen

llen, durch intensive Phlegmasie der excretorischen Milchkanäle comziert. Wie oben schon angedeutet, kann (aber muss nicht absolut) eine fache Wunde zu einer traumatischen Mastitis führen; ziemlich oft npliziert sich dieselbe dadurch, dass eine *Blutung* eintritt; in anderen llen kann *das interlobuläre Bindegewebe der Sitz eines beträchtlichen demes* werden.

Das interlobuläre Bindegewebe erreicht eine Breite von 12—80 μ und rd der Sitz einer leucocytären oder serösen Infiltration. Die seröse rm bildet zerstreut breite Bezirke, die die Bindegewebsfibrillen ausıander drängen. (Fig. 43. B.)

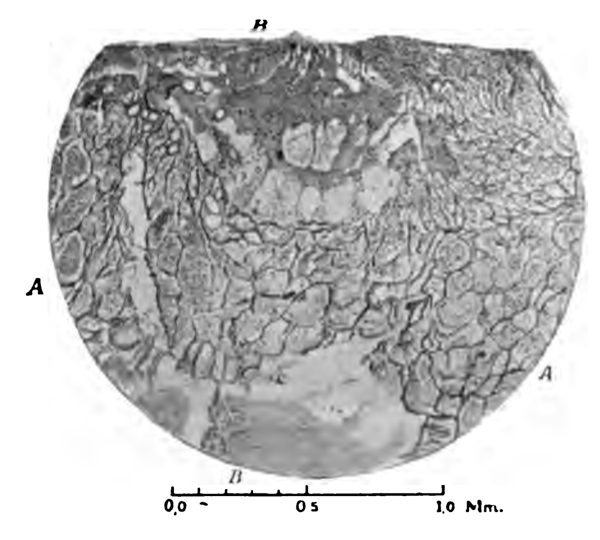


Fig. 43.

Oedem und Mortification in der Brustdrüse der Ziege.

A. Drüsenfundi, des Epitheliums entbehrend und strotzend von serösem Exsudat füllt.

B. Verbreitertes, interlobuläres Bindegewebe, mit einer mässigen Anzahl von Leucyten.

Das deponierte Material besteht aus Fibrinniederschlägen und einigen eucocyten. Die Entzündung des Bindegewebes erreicht manchmal inen sehr hohen Grad und kann selbst zur « *traumatischen Gangraen* » ühren.

Die gesetzte Wunde kann in *Eiterung* übergehen; findet letztere in de Tiefe der Drüse statt, so kann es zur *Abscessbildung* kommen. Jon bis zu 20 und mehr Abscesse in einer Drüse constatieren können, da nämlich, wenn das « Eitererregende Moment » den Sinus lactiferus de Brustdrüse als Verbreitungsweg auserwählte. Diese Abcesse führe manchmal zur *Fistelbildung*, sei es, dass die Fisteln auf der Drüsenober fläche münden oder in die galoctophoren Kanäle.

Die Virulenz, der in die lactiferen Kanäle eingebrachten Mikroorga nismen, ist oft eine so ausgesprochene, dass die Kanäle zerfallen; ma findet dann die Excretions-Wege nicht selten mit eitriger Flüssigkeit er füllt und in Communication mit den Abscesshöhlen im Parenchym. (Fig 44. A.)

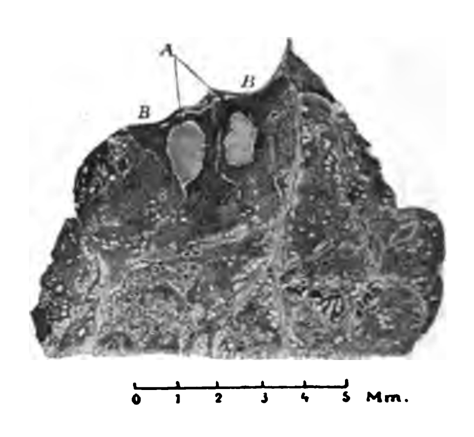


Fig. 44.

Induration um die galactophoren Kanäle der Kuh-Brustdrüse.

A. Galactophore Kanäle mit Exsudat angefüllt.
B. Induration um die Kanäle herum.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine *oberflächliche Mortifi cation der Wandungen der galactophoren Kanäle,* wodurch deren Struk tur mehr oder weniger verschwindet: manchmal sind die *Wandungen pigmentiert.*

Glücklicherweise etablieren sich nicht immer so schwere Krankhei

rocesse; die Kanäle können auch nur der *Sitz eines chronischen, hyper-ophischen Catarrhes* sein. (Fig. 45.)



Fig. 45.
Hypertrophischer Catarrh der galactophoren Kanäle bei der Kuh.
A. Hypertrophierte Schleimhaut mit zahlreichen, erkrankten Drüsenfundi.
B. Exsudat.
C. Hypertrophiertes, interlobuläres Bindegewebe.

Kommt es zur Heilung, dann treten die Erscheinungen der « secun-ären Intention » in Scene: Zunahme der Alveolären-Wandungen, so-ie der Wandungen der Anfänge der excretorischen Kanäle. (Fig. 46. B.)

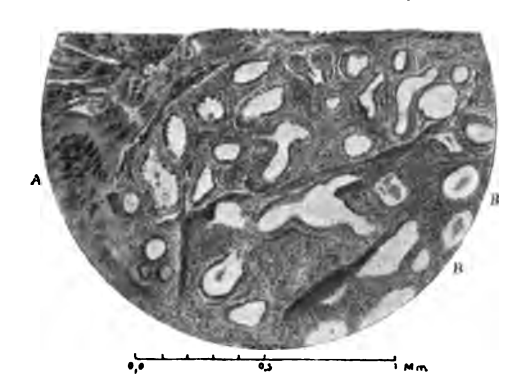


Fig. 46.
Schwund der Drüsenfundi bei der Kuh.
A. Beträchtliche Dickenzunahme des narbigen, interlobulären Bindegewebes.
B. Excretorische Kanäle von reichlichem Bindegewebe umgeben.

Die Wandungen bestehen aus einem soliden Bindegewebe, das sich an Stelle der frühern Drüsenelemente gesetzt hat und das die Tendenz zeigt in *dichtes Narbengewebe* sich umzuwandeln.

Das Gerüst des alveolären Bindegewebes ist ziemlich oft mit einer feinen, granulösen Masse durchsetzt, die zahlreiche Lacunen und eine mässige Zahl von Leucocyten aufweist.

Im umgekehrten Verhältnis der Zunahme der Dicke der Wandungen. *nimmt das Volumen der Alveolen ab.*

Die Zunahme des Bindegewebes tritt auch bei den galactophoren Kanälen deutlich hervor; deren Wandungen erreichen bis zu 40 μ Durchmesser.

Das interlobuläre Bindegewebe hat ebenfalls beträchtlich an Breite zugenommen und erreicht bis 12 μ Diameter. (Fig. 47, A)



Fig. 47.

Bildung von sehr dichtem, narbigem Bindegewebe in der Brustdrüse der Kuh.

A. Narbengewebe.
B. Reste des Drüsengewebes.

Die celluläre, wie seröse oder fibrinöse Infiltration der Alveolen kann. wenn sie zur Obliteration der excretorischen Kanäle geführt, zur Entstehung von Cysten Veranlassung geben. (Fig. 48.)

Joris fand eine solche, die 80 μ im Durchmesser maas.

Diese Cysten enthalten seröse Flüssigkeit und einige Leucocyten; ihre Wandungen sind von 5—8 μ breiten Bindegewebs-Fibrillen-Bündeln gebildet.



Fig. 48.

Retentionscyste in der Brustdrüse der Ziege.

Was die *Bakterien* anbetrifft, die in den untersuchten Fällen zur Beobachtung kamen, so traf Joris 4 mal *Coli-ähnliche Bacillen*, 4 mal den *Bacillus acidi lactici* und 3 mal einen *Coccus*.

Dr. E. Kuhn, Ellerstadt, Rheinpfalz:

Ueber Schwielenbildung, chronischen Katarrh und traumatischen Verschluss der Zitze des Kuheuters.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Guillebeau.

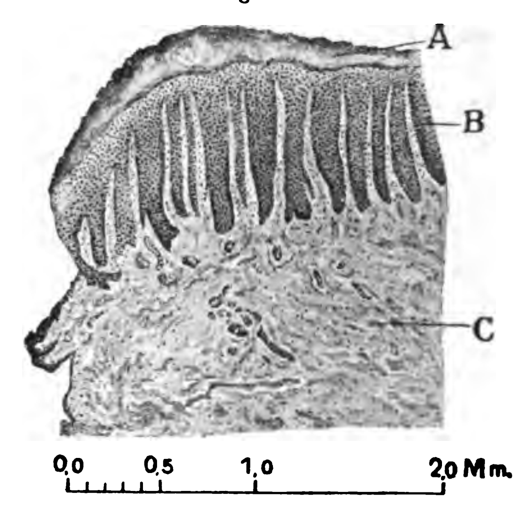
(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1903.)

I. Schwielenbildung in der Cisterne des Kuheuters.

Nach einem geschichtlichen Ueberblick der Frage, folgen *13 eigene Beobachtungen*:

Fall 1. 2½ cm über der Mündung des Strichkanales kommt in der Cisterne ein 3 mm hoher Ring vor, der an einer Stelle offen bleibt.

Fig. 49.

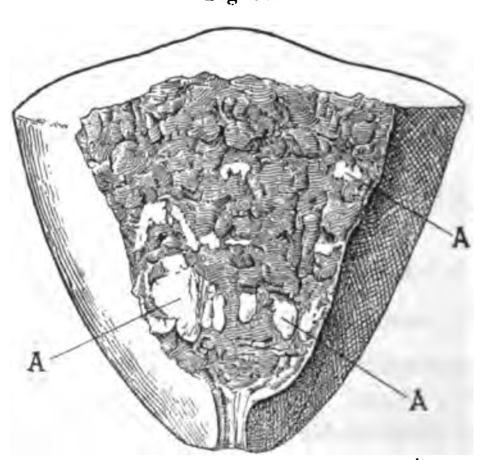


Querschnitt durch eine Schwiele der Cisterne.

A. Hornhaut. } Epithelüberzug.
B. Papillenschicht. }
C. Bindegewebe. (Schwiele.)

Fall 2. Zitze A. Auf der Schleimhaut der Cisterne kommen zum Teil isolierte, zum Teil zu einem Ring angeordnete, rundliche Höcker von 2 mm Breite und zwar zerstreut, in der Höhe von 2—4½ cm über der Zitzenmündung, vor.

Fig. 50.



A. Schleimhaut der Cisterne mit rundlichen Höckern.

Zitze B. Eine Gruppe von 8 stecknadelkopf-kirschkerngrossen Höckern, ›mmen in ringförmiger Anordnung auf der Schleimhaut der Cisterne, '/₂ cm über der Zitzenmündung, vor.

Fall 3. Ringförmige Verdickung der Schleimhaut der Cisterne von 5 mm Breite.

Fall 4. Die Wandung der Cisterne zeigt dickschwielige Neubilungen, die in einer Ausdehnung von 2¹/₂—4 cm oberhalb der Mündung :s Strichkanals, in Form von balkenförmigen Verdickungen besonders ark hervortreten.

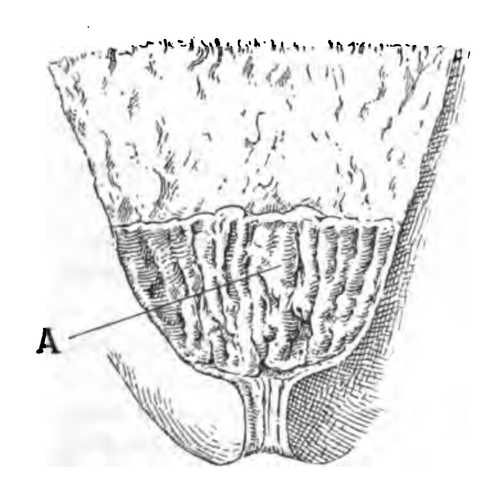
Fall 5. Gewebshyperplasie, die sich als ein in die Nachbarschaft berragender 4 mm langer und 1 mm hoher Höcker zu erkennen gibt.

Fall 6. 3¹/₂ cm über der Strichmündung befindet sich auf der isternenschleimhaut eine 5 mm breite und ebenso lange, in das Lumen m 2 mm hervorragende Stelle.

Fall 7. Die Cisterne zeigt 2¹/₂ cm oberhalb der Zitzenmündung einen mm breiten Ring, der in das Lumen des Hohlraumes hineinragt.

Fall 8. *Zitze A.* Unmittelbar über dem Strichkanal befindet sich ein ing, der die sehr beträchtliche Breite von 2 cm aufweist.

Fig. 51.



A. 2 cm. dicker Ring, mit sehr stark hervortretenden Falten.

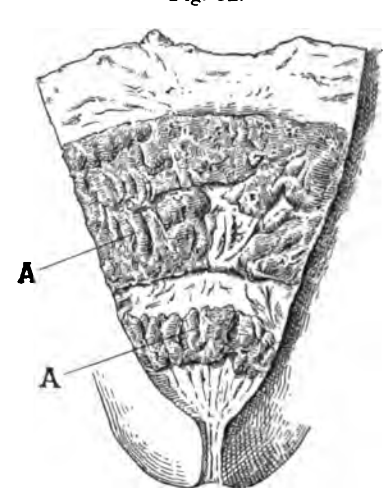
Zitze B. 3 cm über der Mündung des Strichkanales zeigt die Cisterne einen ca. 3 mm breiten und 2 mm hohen Ring.

Fall 9. 4 cm oberhalb der Mündung des Strichkanals kommt in der Cisterne ein 3 mm breiter Ring vor, dessen Oberfläche 1 mm weit in das Lumen hineinragt.

Fall 10. Starke Verengerung der Cisterne; der Strichkanal ist wegsam

Fall 11. In der Cisterne kommen 2 verdickte Ringe vor.

Fig. 52.



A.A. Zwei verdickte Ringe, mit körniger Oberfläche.

Fall 12. Zwei Zitzen einer Kuh, welche in der Cisterne, ziemlich weit oben auf der Schleimhaut, einen etwa 5 mm breiten und 2 mm dicken Ring von horniger Beschaffenheit zeigen.

Fall 13. 3 cm über der Zitzenmündung weist die Schleimhaut der Cisterne einen ca. 1 cm breiten Ring auf, bestehend aus zahlreichen derben, dicht gestellten, 1 mm langen Zotten.

Résumé der makroskopischen und teilweise mikroskopischen Untersuchung:

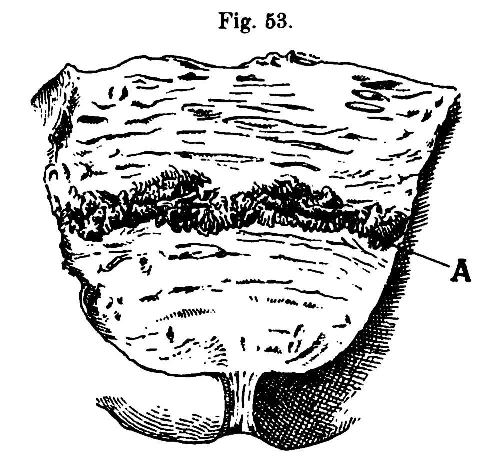
Stets deutlich lokalisierte, mehr oder weniger ausgedehnte Bezirke von verdickter Schleimhaut, kommen in sämmtlichen Fällen vor. Der Epithelüberzug ist erheblich verdickt, hornig und in geschichtetes Pflasterepithel umgewandelt, in das sich auch Zotten senken. Die immer auf

stimmte Bezirke scharf lokalisierte Veränderung trägt den ausge-rochenen Charakter der Schwiele. Die Schwielen sind in der Regel ıs Endresultat einer mässig fortgesetzten Reizung der Haut, hier der ·hleimhaut durch Druck. Eine vermehrte Blutzufuhr zu dem betroffenen autbezirk führt zur Hypertrophie desselben.

Zu bemerken ist noch, dass die Verdickungen zweimal den Charakter 's weichen Papilloms zeigten.

Beachtenswert erscheint auch die relativ grosse Weite der zu- und ıführenden Blutgefässe, an der Basis der Papillen.

Fig. 53.



A. 1 cm. breiter Ring.

II. Chronischer Katarrh der Milchcisterne.

Fall 14. Sehr grosses, 24,5 kg wiegendes Kuheuter. Die Cisternen der ·chten Euterhälfte ungewöhnlich weit und mit blutiger Flüssigkeit an-ɘfüllt. Die Schleimhaut mit sehr vielen, kleinsten bis kirschkern-rossen, hyperæmischen Knoten besetzt. Das linke Euter, besonders im ırderen Abschnitt, ungewöhnlich gross; Cisternen wie rechts.

Folgen *Fall 15, 16* und *17*. Allen gemeinsam ist:

a) Eine *Erweiterung der Cisterne.*

b) Die sehr auffallende Dicke und Derbheit der Schleimhaut.

c) Vielfach eine *Leisten- Zotten- und Polypenbildung.*

d) Eine *partielle Metaplasie des Cisternenepithels* zu einem geschichteten Pflasterepithel,

e) Eine *Vergrösserung* und *cystöse Verwandlung der Cisternendrüsen.*



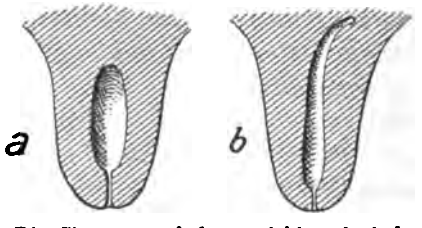
Fig. 54.
Erweiterte Cisterne des Kuheuters.

III. Verengerung der Zitze und Verschluss nach Traumen.

Fall 18. Traumatischer Verschluss der Cisterne gegen die Milchgän

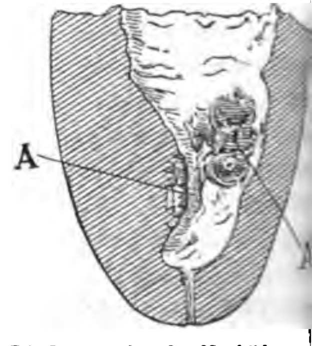
Fall 19. Traumatische, hochgradige Verengerung der oberen Häl der Cisterne.

Fig. 55.



a Die Cisterne und der Strichkanal sind offen, erstere aber nach oben glockenförmig abgeschlossen.
b Die Cisterne läuft nach oben in ein trichterförmiges Ende aus.

Fig. 56.



Die Längsachse der Neubildung v läuft senkrecht und misst 2^1 : c so dass diese also $3^3/_4$ cm. über d Mündung des Strichkanals ihr E erreicht.

'all 20. In der Cisterne findet sich, $1^1/_4$ cm oberhalb der Mündung Strichkanales, ein aus derben Gewebsmassen bestehender, über ndelkerngrosser Höcker. (Fig. 56.)

Résumé.

Die hochgradige Verengerung einzelner Abschnitte der Cisterne oder Strichkanals, die bis zum vollständigen Verschluss gehen kann, wird rch Narbengewebe bedingt, während die Schleimhaut nur wenig ver-'ert ist.

Dr. A. Lux, Neuhausen, Sachsen:

Ueber den Gehalt der frischgemolkenen Milch an Bakterien.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Guillebeau.
(Gustav Fischer, Jena, 1903.)

Bis vor kurzer Zeit hat man allgemein der Annahme gehuldigt, dass : Milch im gesunden, normalen Euter der Kuh oder der Ziege bak-'ienfrei secerniert werde, dass dagegen eine ascendierende Infektion rch den Zitzenkanal mit banalen Organismen sie häufig schon in der üse verunreinigen könne.

Ein neuer Gesichtspunkt in dieser Angelegenheit war durch die Arbeit ı Riederer gegeben. Derselbe fand in der Wand der Cisterne der Milch-ıse wohlausgebildete Drüsenläppchen, die der Vermutung Ausdruck ıen, dass sie die Sekretion eines bakteriziden Saftes zur Aufgabe haben. Lux hat nun die in der normalen, frisch gemolkenen Kuh- und Ziegen-lch angetroffenen, in Reinkulturen gezüchteten Bakterien auf ihre llung im botanischen System untersucht, um eine eventuelle Verwandt-ıaft derselben entweder mit den Düngerbakterien oder mit denjenigen : Verdauungsapparates von Kuh und Ziege feststellen zu können; ner wurde zu ergründen gesucht, welchen Einfluss wohl die ver-ıiedenen Fütterungsweisen auf die Bakterienzahl in der Milch besitzen ınten und ob eine tägliche Schwankung in dem Vorkommen dieser ganismen zu beobachten sei. Zum Schlusse wurden noch die Milch-›ben zweier Stuten und die sog. Hexenmilch eines ca. 9 Wochen alten :klein's untersucht. (Beschreibung der Methodik.)

:n den untersuchten 260 Kuh- und 95 Ziegenmilchproben fanden sich ·zugsweise *6 Arten von Bakterien*, die genau charakterisiert werden.

In der Regel sind die gefundenen 6 Bakterienarten nicht pathoge und erzeugen nur ausnahmsweise eine Mastitis.

Der Gehalt an Bakterien wechselt ausserordentlich in den verschie denen Portionen des Sekrets der Kuh; auch bei der Ziege sind gross Unterschiede in den 3 ersten Strahlen nachweisbar.

Entgegen der bis jetzt allgemein geglaubten Annahme ist der allererst Milchstrahl nicht der am meisten besiedelte; speziell kann von einem i Zitzenkanal der Milch vorgelagerten Bakterienpfropf nicht die Rede sei Der Keimgehalt der ersten 2 cm ist genau so, wie derjenige aller folgende Portionen, abhängig von dem speziellen Keimreichtum desjenigen Milch ganges, dessen Inhalt zufälligerweise zuerst entleert wird.

Diese Thatsache beraubt die Annahme der aufsteigenden Infektio vom Zitzenkanale aus, einer wichtigen Stütze.

Siehe *diesen Jahrgang: Ed. v. Freudenreich:* « Ueber Bakterien in der Brustdr der Kuh », und *Dr Th. Riederer:* « Ueber den Bau der Papilla mammæ des Rinde

---

Dr. H. Mannkowski, Lemberg, Polen:

Der histologische Bau des Strichkanals der Kuhzitze.

Aus dem veterinär-pathologischen Institute der Universität Bern: Prof. Dr. Guillebeau.

(Separatabdruck aus dem « Polnischen Archiv für biologische und me zinische Wissenschaften ». II. Band. Druck der Drukarnia Lude Lemberg, 1903.)

Die Angaben über den histologischen Bau der Zitzen und besond des Strichkanals der Kuh sind sparsam, in manchen Punkten nicht kl in andern sogar unrichtig.

Mannkowski hat daher eigene Untersuchungen vorgenommen:

Der Strichkanal (Ductus lactiferus) der Euterzitze führt aus d « *Zisterne* » an die Oberfläche. Der Uebergang der Milchzisterne in d Strichkanal ist bald trichterförmig (Fig. 57 A), bald glockenförm (Fig. 57 B).

In beiden Fällen kommt an diesem Orte ein System von Schleimha falten vor, welches Fürstenberg als « *Rosette* » bezeichnet und di

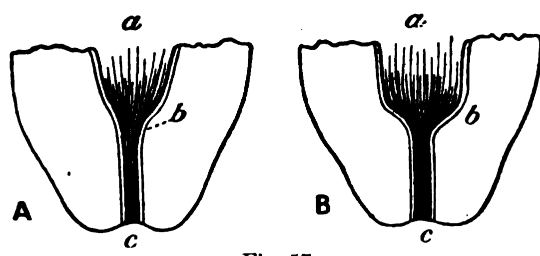


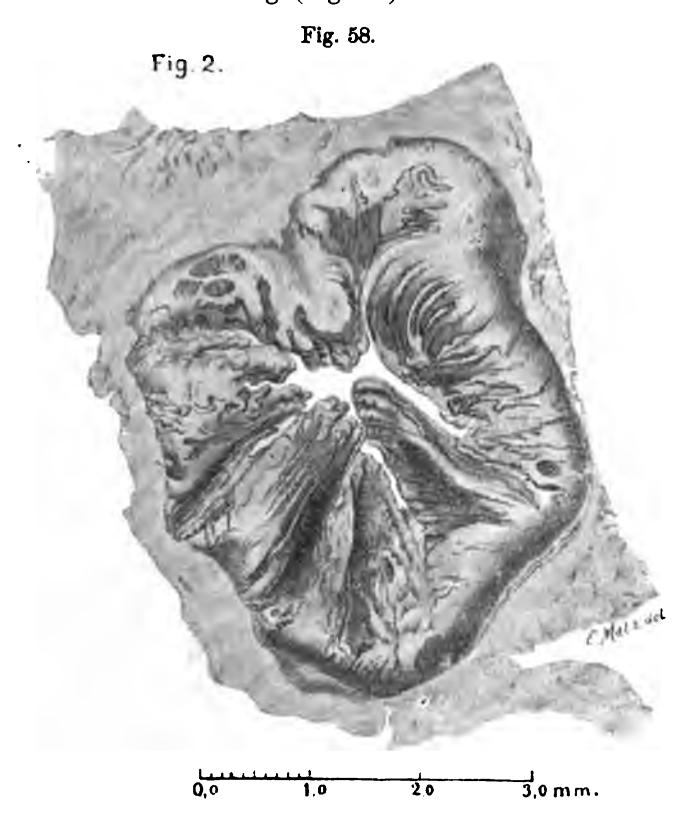
Fig. 57.

Sagittale Durchschnitte des unteren Endes der Zitze der Kuh.

a Milchzisterne, *b*, *c* Strichkanal. In A ist der Uebergang der Milchzisterne in den ·ichkanal trichterförmig, in B glockenförmig.

nders bei glockenförmiger Gestalt (Fig. B) der Zisterne sehr deutlich :. Die Rosette ist nach Mannkowski 8 — 5 und 6-faltig (Fig. 58) in der älfte der Fälle aber fünffaltig. (Fig. 59.)

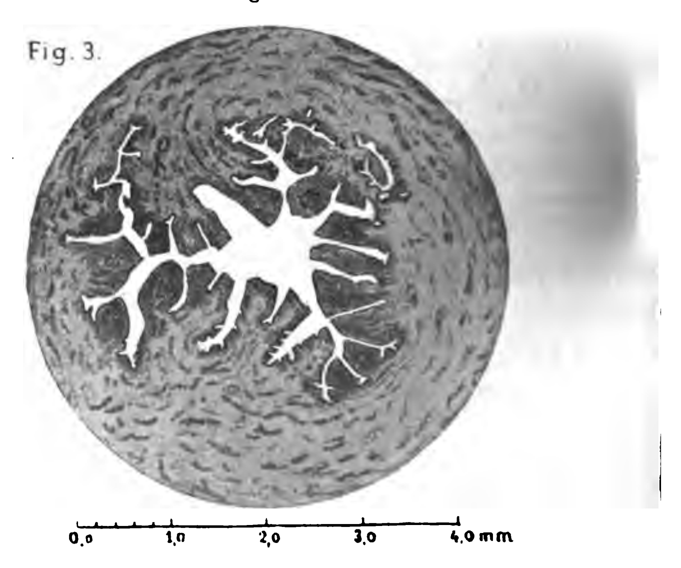
Fig. 58.



Rosette am Uebergang der Zisterne in den Strichkanal der Kuh, 6-faltig.

Jede Falte trägt 3—16 (meistens 10) sekundäre Falten, deren freie Rand bald geradlinig, bald wellig oder gekerbt ist.

Fig. 59.



Horizontalschnitt durch die Rosette am Uebergang der Zisterne in den Strichkanal bei der Kuh. Fünf Schleimhautfalten, von denen jede in mehrere Nebenfalten zerfällt.

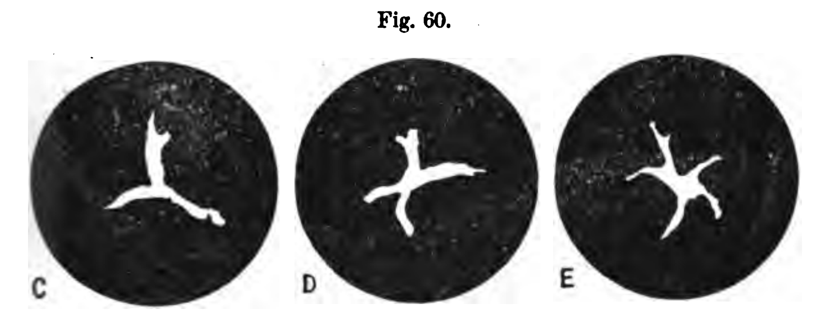
Die Falten werden von der an ihre Unterlage sehr locker angehefteten Schleimhaut gebildet, in welcher relativ weite Arterienstämmchen sich finden; die Schleimhaut besitzt zahlreiche elastische Fasern, welche etwa 0,3 mm unterhalb des Epithels ein etwas dichteres Geflecht bilden (stratum elasticum) und in der Regel die ganze Bindegewebsschicht durchsetzen. Die Falten besitzen ein einschichtiges Pflasterepithel von 2-2⁷ Dicke.

Auf Grund der histologischen Verhältnisse muss das Faltensystem der FÜRSTENBERG'schen Rosette zur Zisterne gerechnet werden. Ihr Uebergang in den Ductus lactiferus, dessen feiner Bau ein durchaus verschiedener ist, markiert eine scharfe zirkuläre Grenze.

Der « *Ductus lactiferus* » hat unter gewöhnlichen Verhältnissen kein freies Lumen, indem die 3, 4 oder 5 convexen Epithelwülste sich so berühren, dass zwischen ihnen nur ein sternförmiger Spalt (Fig. 60 C, D) sich befindet.

Am Strichkanal ist eine bindegewebige Grundsubstanz und die Epithelial-Auskleidung desselben zu unterscheiden:

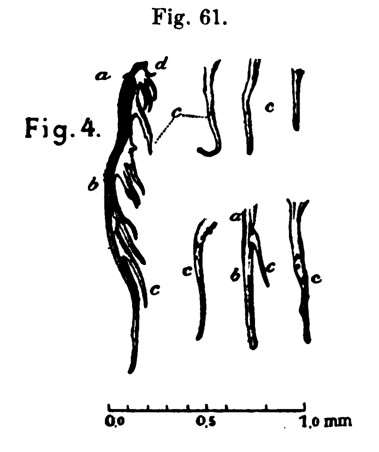
Fig. 60.



Verschiedene Formen des horizontalen Querschnittes durch den Zitzenkanal um den Verschluss desselben zu zeigen.

Bindegewebige Grund-Substanz. Sie bildet durchschnittlich 53 *keilförmige Leisten* (Fig. 62 a), die am freien, gegen die Achse des Strichkanals gerichteten Rande *sehr lange Papillen* tragen. (Fig. 62 b)

Fig. 61.



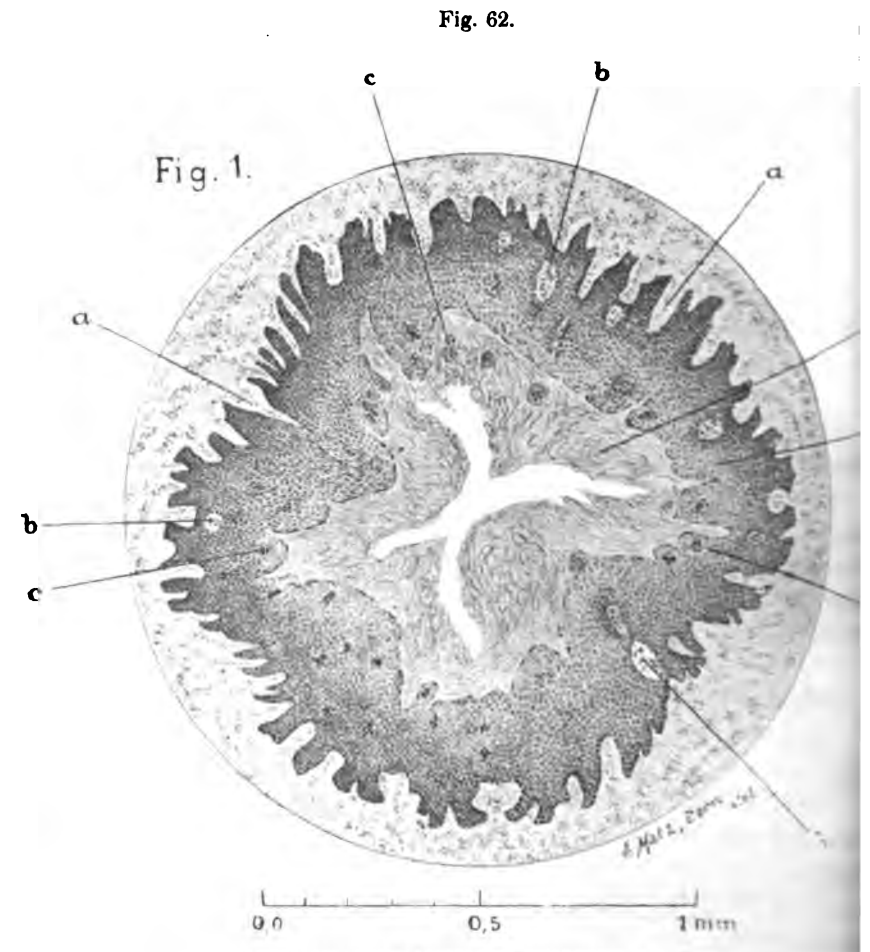
Aus dem Zitzenkanal der Kuh isolierte Leisten und Papillen: von *a—b* Leisten; *c* Papillen; *d* 4 Papillen an der Basis verschmolzen.

Auf einer gegebenen Leiste entspringen die Papillen oft in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen von 130 μ. Die Spitze der Papillen ist abgerundet; die Richtung dieser ist eine von oben und aussen nach innen

und unten schräge und in einem Querschnitt kann man die dachzieg- förmige Ueberlagerung von 2—5 Papillen feststellen. (Fig. 62 b.)

Epithelüberzug. Im Strichkanal sind 6 Schichten des Epithels zu unter- scheiden: 1. Stratum germinativum, 2. Strat. spinosum, 3. Strat. granu- losum, 4. Strat. lucidum, 5. Strat. corneum und 6. Strat. mortificatum (Fig. 62 b.)

Fig. 62.



Horizontalschnitt durch den Strichkanal der Kuh.

a Leisten; *b* Papillen; *c* Marksäulchen; *d* Stratum germinativum, spin… granulosum; *e* Strat. lucidum, corneum et mortificatum; innerhalb derselb… Lumen.

An Querschnitten des Strichkanals sieht man deutlich Querschnitte
n Papillen, welche das Strat. spinosum durchsetzen, sowie « *Mark-ulchen* », d. h. Fortsetzungen der Papillen, die nur aus Epithelzellen stehen und den abgerundeten Papillenspitzen aufsitzen. (Fig. 62c.) Der pithelüberzug beträgt im Ganzen 0,9—1,35 mm. Dicke.

Der Strichkanal besitzt keine Drüsen; er hat bis zu seinem unteren ıde stets denselben Durchmesser und mündet unvermittelt auf die allmeine Decke, manchmal in eine hier vorhandene trichterförmige Ver-fung.

Dr. Th. RIEDERER, Altstätten, St. Gallen:

Ueber den Bau der Papilla Mammæ des Rindes.

Aus dem veterinär-anatomischen Institute der Universität Bern: Prof. Dr. RUBELI.

(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1903.)

Nach einer kurzen Uebersicht, über das zur Behandlung gewählte hema, werden besprochen:

Material und Untersuchungsmethoden; makroskopischer Bau der itze; Blutgefässe der Milchdrüsen und der Zitzen; Verlauf und Verılten der Gefässe an mikroskopischen Präparaten; Lymphgefässe; uskulatur der Zitze; Elastisches Gewebe; Nerven; Drüsen in der isternenwand.

Resumé und Schlussfolgerungen.

« *Die Zitzenwand besteht aus drei scharf auseinander zu haltenden onen*:

1. *Die eigentliche Cisternen- und Strichkanalwand oder innere Zone.* e hat im Bereich der Cisterne einen etwas anderen Bau als im Strichınal. Der Ductus papillaris besitzt als Grundlage ein derbes, mit elastihen Fasern reichlich vermischtes Bindegewebe, dem der Epithelüberzug ıfliegt. Die Propria weist in dieser Partie einen sehr gut ausgebildeten, odifizierten Papillarkörper auf, wie wir dies beispielsweise an stark orn produzierenden Stellen, wie z. B. an Krone und Sohle der Klauenderhaut, finden können. Im Bereiche des Strichkanals kann man Fal-

ten wahrnehmen, welche in longitudinaler Richtung verlaufen und in der Zahl von 4—8, nach MANKOWSKI * meistens von 5, vorhanden sind. Nebst ihnen finden sich kleine Nebenfalten, die wiederum in grösserer Zahl vorkommen können. Bei Ausdehnung der Wand verschwinden diese und verhalten sich demnach ähnlich, wie etwa jene in der Harnblase, im Oesophagus etc. Sie gestatten unzweifelhaft einen besseren Verschluss im Zustand der Leere des betreffenden Organes, ermöglichen aber durch die Anspannung der Wand, indem sie dabei verschwinden, eine bedeutende Vergrösserung des Lumens. Wir können demnach die Falten des Strichkanals zu den Kontraktionsfalten rechnen. — Auch die Cisterne besitzt eine Menge longitudinaler und cirkulärer Falten, die zum Teil ineinander übergreifen und so eine vielfache Nischenbildung hervorrufen. Es lassen sich diese Verhältnisse besonders an der fixierten und der Länge nach eröffneten Zitze sehr deutlich sehen. Nebst den verstreichbaren oder Kontraktionsfalten findet sich in der Cisternenwand eine zweite Sorte, die auch bei maximaler Ausdehnung der Wand nicht verschwindet, also Strukturfalten. Sie werden hervorgerufen durch stärkere Züge von Bindegewebe und elastischen Fasern und verleihen dem Ganzen eine erhöhte Festigkeit.

2. *Die zweite oder mittlere Zone ist die Gefässzone.* In dieser verläuft die Grosszahl der Gefässe der Zitzen in longitudinaler Richtung. Kleinere Blutgefässe finden sich zahlreich auch in der äusseren und inneren Zone, wo, gegen den epithelialen Ueberzug, ein reichliches Kapillarnetz zu Stande kommt. Nebst den Gefässen beherbergt diese Partie der Zitzenwand zahlreiche, fast ausschliesslich längsverlaufende Muskelbündel, zwischen die sich, mehr nur als Ausfüllmasse, Bindegewebe und elastische Fasern lagern. Wie bereits vorn ausführlich beschrieben wurde, stellt die Gefässschicht einen ansehnlichen Hohlcylinder dar, der, bei starker Injektion der Cisterne, sich auf einen schmalen Ringstreifen von 2—3 mm zusammenpressen lässt. Wir dürfen sie demnach ohne Weiteres jenen kompressiblen, kavernösen Körpern anreihen, wie sie in der Urethra, beim Ductus ejaculatorius und anderswo vorkommen. Bekanntlich haftet dem kavernösen Gewebe die Eigenschaft an, aus dem schlaffen Zustand unter bedeutender Volumenzunahme sich aufzurichten, die darauf beruht, dass zellige, miteinander kommunicierende, von den Arterien aus zugängliche Räume mit Blut gefüllt und infolge Zurück-

* Siehe *diesen Jahrgang*, pag. 258.

ltung des Blutes, sobald der Abfluss erschwert wird, bis zur äusser-
n Spannung der die Räume umhüllenden Membran ausgedehnt
rden. Unzertrennlich von dieser Eigenschaft ist die andere, die Fähig-
it abzuschwellen, zu kollabieren, dadurch dass sich das Blut zeitweise
s den gefüllten Gefässen entleert. Wir müssen demnach zwei physio-
gisch verschiedene Arten von kavernösem Gewebe unterscheiden.
iden gemeinsam ist das Vermögen in raschem Wechsel und ohne
itere Folgen ansehnliche Aenderungen des Volumens zu erfahren,
bei sich die einen dem Organismus im Momente der Füllung, die
deren im Momente der Entleerung von Wert erweisen (Henle). Ge-
ss lässt sich auch da die in der Zitze befindliche, so stark ausgebildete
fässzone einreihen und zwar jener Art, bei der der regelmässige und
uernde Zustand derjenige der Turgescenz und der vorübergehende
s Collapses ist und die man zu dem kompressiblen kavernösen Ge-
be zuzählen könnte. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass
r die Schwellung als unmittelbare Folge der Erweiterung und Füllung
r Blutgefässe zu erkennen ist, von welchen wir wissen, dass sie sehr
rke Wandungen besitzen und deren Lumen sich bei starker Injektion
deutend erweitern kann.

Was Henle über die Milchdrüse des Menschen angiebt, findet in noch
l höherem Masse für die Tiere, speziell für das Rind, Anwendung;
schreibt bekanntlich: « Die Milchdrüse gleicht der Leber und den
eren darin, dass sie beständig absondert, aber nur periodisch ihr
cret entleert. Die Stelle der blasigen Behälter vertreten, wie dies ja
ch bei der Leber vieler Tiere der Fall ist, die Ausführungsgänge
bst, insbesondere die erweiterungsfähigen Sinus. Die starke Schicht
stischen Gewebes, welche die Milchgänge umgibt, ist Ursache, dass
Füllung derselben ihre Grenze hat, und dass die Milch, wenn der
ugling nicht rechtzeitig angelegt wird, von selbst ausfliesst.

Wenn aber die Milchgänge das Maximum ihrer Füllung erreichen
len, bevor das Ausfliessen beginnt, muss ein Apparat vorhanden sein,
die Mündungen geschlossen hält und nur einem mächtigeren An-
ng weicht. Einen solchen Apparat bildet die Muskulatur der Papille.
Gänge, deren Kaliber in der Warze schon an sich geringer ist, als
terhalb derselben, erscheinen noch enger als sie sind, dadurch, dass
von den Muskeln, zwischen welchen sie verlaufen, zusammengedrückt
d in Falten gelegt werden.

Die Saugbewegungen des Kindes und bei Tieren die Manipulation

des Melkens, haben den Widerstand dieser sphinkterähnlichen Muskel zu überwinden. Es ist bekannt, dass dies nicht immer gelingt, und das zuweilen, namentlich unter dem Eindrucke gewisser Affekte, der Scham Furcht u. s. w., die Milch in den Brüsten (Euter) zurückgehalten wird Anderseits treibt die Mamma öfters unter Einflüssen, die ebenfalls vom Nervensystem aus wirken, beim Annähern des Säuglings oder nach dem Beginn des Saugens, die Milch in kräftigem Strahle aus. Man pflegt die aus dem plötzlichen Zuströmen der Milch, d. h. aus einer raschen kon gestiven Vermehrung der Sekretion zu erklären. Es verdient aber di Frage erwogen zu werden, ob nicht eine plötzliche Verminderung de den Abfluss hemmenden Widerstandes an dieser Erscheinung beteilig ist. Wenn man zwischen den mütterlichen Empfindungen und de Muskeln der Warze eine ähnliche Beziehung annimmt, wie zwische erotischen Vorstellungen und den Muskeln der kavernösen Körper, s liesse sich begreifen, warum das Geschäft des Säugens naturgemäss mi einer Erschlaffung der Warzenmuskeln beginnt, mit welcher zugleic eine Vergrösserung der Warze und eine Vermehrung ihres Blutreich tums verbunden wäre. Dem widerspricht nicht, dass die Warze auf Er regungen anderer Art und unter anderen Verhältnissen, z. B. a Berührung, Kälte u. s. f., sich stärker kontrahiert; denn auch die kave nösen Körper können sich noch über den gewohnten Tonus hinaus zu sammenziehen und werden nur durch die bestimmte psychische In position erschlaffungsfähig. Demnach gäbe es eine Erektion de Brustwarze, die allerdings der Erektion der kavernösen Körper d Genitalien, wenigstens den ersten Stadien derselben, verwandt ist u unterschieden werden müsste von der Zuspitzung der Warze mit E härtung derselben; Thelotismus nach Duval, die das Resultat d Kontraktion der Muskeln, insbesondere auch der Muskeln der Areola i

Wir treffen für gewöhnlich die Blutgefässe gefüllt und das Cysterne lumen fast vollständig zum Verschwinden gebracht, weshalb kein o nur eine geringe Menge Sekret für gewöhnlich in den Ausführung gängen und im Receptaculum vorhanden ist. Unzweifelhaft wird d durch diese Einrichtung die Stagnation grösserer Mengen von Se verhindert, wodurch geringere Gefahr besteht, dass sich in demselb Infektionserreger ansammeln. Erst bei stärkerer Ansammlung der Mi und namentlich beim Melken werden die Blutgefässe entleert und d durch eine Erweiterung des Lumens verursacht. Diese Erweiteru kann ganz enorm werden. Es misst z. B. der Gypsabguss einer m

weiterten Cysterne, bei einer Länge von 8 cm, im oberen Drittteil 2,8, ı mittleren 2,3 und im unteren 1,8 cm im Durchmesser.

Normalerweise genügt das kompressible Gewebe zum Verschluss der sterne, wie wir soeben des Weiteren ausgeführt haben; weiter unten doch, bei der starren Endzitze, in der Höhe des Strichkanals, könnte den Anforderungen nicht mehr genügen, besonders wenn man be- nkt, dass hier ein besonderer Verschluss nach aussen nötig ist, der r allem das Eindringen fremder Stoffe in den Strichkanal zu ver- ndern hat. Und wir sehen, dass dort wirklich ein aktiver, vermittelst nes Sphinkter hergestellter Schlussapparat zur Ausbildung kommt. ıss dieser seiner wesentlichen Aufgabe gewachsen, also genügsam aus- bildet ist, geht aus einer Beobachtung aus der Praxis hervor. Es ist nämlich STOCKFLETH nach, dass nach Zitzenamputation oberhalb s Strichkanals sehr leicht Euterendzündungen auftreten, was bei dem reits an anderer Stelle erwähnten Verhalten der Wundflächen, leicht greiflich ist.

Für gewöhnlich ist der Verschluss im Strichkanal ein kompleter und ır bei stärkerem Druck von innen und oben (Druck auf die gefüllte sterne beim Melken oder positiver und negativer Druck beim Saugen s Jungen) kommt durch das Eindringen der Milch in den Ductus pillaris eine Erweiterung zu Stande.

3. *Die periphere Zone der Zitze endlich ist das eigentliche Integu- nt mit seiner bindegewebigen Lage, dem Corium und der darauf sitzen- n Epidermis.* In seinem Bau stimmt das Corium hier mit demselben anderen Orten der Körperoberfläche im Allgemeinen überein. Be- rkenswert ist namentlich der Gefässreichtum und der vorzüglich ent- ckelte Papillarkörper. Lymphgefässe zeigen sich überall, vor allem in r mittleren Zone, ebenso Nerven. Diese letzteren bilden am Grunde der tispapillen äusserst zierliche Netze und geben von ihnen aus Fasern s Epithel ab.

Behaart ist bekanntlich die Zitze nur in der Umgebung der Basis. t Ausnahme dieser letzteren Stelle befinden sich nirgends Schweiss- er Talgdrüsen. Ich konnte bei meinen Präparaten auch nicht die ge- ıgste Spur von solchen Drüsen antreffen. Total gleich verhält sich der richkanal. Auch in ihm findet man kein einziges Drüschen, denn seine bilde, die von FÜRSTENBERG als Talgfollikel beschrieben worden sind, gten sich, wie bereits oben ausführlich nachgewiesen wurde, als quer d schräg geschnittene mikroskopische Papillen. Ganz anders nimmt

sich dagegen das Receptakulum aus. Indem ich auf die genaue Beschre bung der Drüsen auf S. 612 u. ff. verweise, möchte ich hier nur noc einmal kurz auf den wirklichen Zusammenhang der Drüsen durch di ganze Cisterne hindurch aufmerksam machen, wobei gegen die Zitzen basis zu die Grösse derselben gradatim zunimmt. Nirgends ist ein Grenze wahrzunehmen oder eine Unterbrechung in der Drüsenanlage z finden. Wir können also mit aller Bestimmtheit die gleiche Veranlagun und den gleichen Typus für alle in der Cisterne vorkommenden Drüse annehmen. Diese letzteren lassen auch bei genauester Untersuchun keine Becherzellen oder auch nur andere, mit Schleim gefüllte, kernl Zellen auffinden, wie sie doch speziell den Schleimdrüsen zukommen Während bei den Zellen der Schleimdrüsen die Kerne fast stets abge plattet erscheinen und basalständig sind, zeigen sie sich bei den ob beschriebenen Drüsen ausnahmslos rundlich und mittelständig.

Schleim konnte ich weder makroskopisch noch mikroskopisch nach weisen und auch die Anwendung von Essigsäure zeitigte ein negativ Resultat. Ganz abgesehen hiervon könnte ich die Bedeutung die ersteren an dieser Stelle nicht leicht verstehen. Schleim findet sich a mechanisch oder chemisch wirkender Stoff auf Schleimhäuten, wo meh oder weniger reizende Substanzen vorbeiziehen (reizende und schn wechselnd temperierte Gase, ferner Galle, Harn, eckige feste Körp etc.). Hier bei der Cisterne fallen alle diese Momente ausser Betrach Gegen aussen ist dieselbe vollständig abgeschlossen und geschützt durc den Strichkanal, sie selber wird nur von der Milch durchflossen, welch keine reizende Wirkung auf die Schleimhäute ausübt.

Mit Bezug auf die Sekretion der in der Cisternenwand vorhanden Drüsen sei hier indessen keine bestimmte Angabe gemacht. Es ist me als wahrscheinlich, dass die gegen den Strichkanal zu gelegenen rudime tären Drüschen keine Milch liefern, sondern eher ein Sekret, dem wohl Casein, wie auch Milchzucker und Fett abgeht. An dieser Ste will ich eines Befundes gedenken, der von Stokfleth gemacht word ist. Er fand bei Scheidewandbildungen in der Zitze, unterhalb die ersteren eine Flüssigkeit, die von ihm als Schleim taxiert wurde un dem gesunden, unterhalb der Scheidewand liegenden Teil der Zitze st stammt. Ausser Stokfleth macht in neuerer Zeit Larsen diesbezügli wörtlich folgende Angaben:

«Immer habe ich bei Fällen von Scheidewänden eine Flüssigkeit von einerlei Aussehen gefunden, nämlich wasserklar, mehrere grössere und weniger f

e weissliche Klumpen enthaltend, die aus zerfallenen Epithelzellen bestanden, die mikroskopische Untersuchung ergab. Die Menge dieser Flüssigkeit varierte den untersuchten Fällen von einigen Tropfen bis cirka 3 ccm. — Die Flüssigkeit e also in den meisten Fällen kein schleimiges Aussehen, was man ja auch nicht irten konnte, da sich in den Zitzen keine schleimabsondernden Drüsen befinden. halte die Annahme für wahrscheinlich, dass die Flüssigkeit wegen der starken :hspannung geradezu durch die Scheidewand hindurch sickert. » —

iestützt auf meine bereits gemachten Angaben uud obige Mitteilung eint es mir plausibel, diese Flüssigkeit als das Produkt der rudimenen Milchdrüsen aufzufassen.

ine weitere Frage bei unseren Untersuchungen ist die, ob sich aus selben irgend ein Anhaltspunkt ergibt, der für oder gegen die einer andere Anschauung bezüglich der Entwicklungsgeschichte der en des Rindes hervorgehoben werden könnte. Hierauf ist zu beken, dass aus meinen Befunden kein Schluss von besonderer Wicheit zu ziehen ist. Auf etwas will ich jedoch kurz aufmerksam hen, nämlich auf den ganz und gar verschiedenen Bau der Innend in der Höhe der Cisterne und des Strichkanals. Der wesentliche erschied im Bau dieser beiden Abteilungen und die scharfe Grenze ler Höhe des Krönchens sind nun wirklich äusserst prägnant und ifellos. Beispielsweise zeigt sich ein ganz analoges Verhalten im en und beim After des Pferdes. Die äussere Haut stösst an die Afterung mit der Schleimhaut zusammen und bildet einen 3—4 cm breiten, Oeffnung von innen umgebenden Streifen. Sie unterscheidet sich der Afterschleimhaut, wovon sie sich scharf abgrenzt, durch ihr sliches Aussehen und das Fehlen der Drüsen.

einen so bedeutenden, markanten Uebergang zeigt dagegen die Umgstelle der äusseren Haut in die Auskleidung des Strichkanals und t wohl anzunehmen, dass die letztere Wand ein gewissermassen ingezogener und modifizierter Teil der äusseren Haut ist. Die Verung zwischen « Cutiswall » und « Drüsenfeld » würde dann im Bei des sogenannten Krönchens liegen. Es würde unsere Auffassung der Ansicht von Profé leicht in Uebereinstimmung gebracht len können, man dürfte nur jenes von Profé geschilderte Herausisen des « Drüsenfeldes » auf die Oberfläche nicht vollkommen geien lassen, sondern es müsste ein ganz unwesentlicher Teil des tiswalles » an der Spitze der Papille zum Strichkanal umgewandelt aber später hereinbezogen worden sein. »

Auf 2 lithographischen Tafeln werden 8 vorzügliche instruktive Ab-
bildungen beigegeben.

Die Litteraturangaben beziehen sich auf 28 Publikationen.

Dr. G. J. Schenkel, Neunburg, Bayern:

Die fœtale Riesenniere und ihre Beziehungen zur Entwicklungs-geschichte der Niere.

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Bern: Prof. Dr. Guillebeau.

(Virchow's Archiv, Bd. 173.)

Die Beziehungen der fœtalen Riesenniere zur Entwicklungsgeschicht der Niere interessiert hauptsächlich den Embryologen und Pathologen; den Geburtshelfer interessiert mehr die *fœtale Riesenniere,* oder *die kon-genitale Cystenniere,* wie sie auch genannt wird, *in ihrer Beziehung zum Geburtsakt.*

Osiander, Mansa und Höring haben abnorm grosse zu Schwergeburten Anlass gebende Nieren bei Kindern beobachtet.

Von Saint-Cyr wird eine Originalmitteilung von Arloing erwähnt, be-treffend eine Riesenniere beim Kalbe, die eine Schwergeburt veranlasste.

Eine bedeutende Geburtserschwerung erlebte des Weitern Wilson, be-dingt durch Vergrösserung beider kindlicher Nieren, infolge Cysten-bildung.

Wilhelmi* beschreibt die Hindernisse bei der Geburt eines Kalbes, dessen Nieren Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind.

Die Vermehrung des Umfanges, bei verschiedenen aus der Litteratur zusammengestellten Fällen von neugeborenen Kindern und Kälbern betrug:

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 239: *Dr A. Wilhelmi:* « Ein Geburts-hindernis — Enorme Vergrösserung der Nieren ».

A. Neugeborene Kinder.

Autor.	Gewicht in Grammen.	Ausmasse in Centimetern.	Proportionale Zunahme.
Froriep.	2 N = 208	—	1 : 4,4
Heusinger.	—	8,6 : 5,2 : 3,9	—
Meckel.	2 N = 51	9,1 : 5,2	—
»	2 N = 113	7,8 : 5,5 ; 7 : 5,8	1 : 2,3
Oesterlen.	2 N = 263	14,3 : 10,4 : 7,8	1 : 5,5
Virchow.	—	10—11 : 5—6	—
»	1 N = 117	11 : 7,8 : 4	1 : 5
»	—	7—8 : 4,5 : 3,5	—
»	2 N = 175	7 : 4,5 : 4	1 : 3,7
»	—	10 : 5 : 8	—
von Siebold.	2 N = 700	15,5 : 10,4 : 7,8	1 : 14,8
Uhde.	—	RN 9; LN 8	—
Voss.	—	13 : 9	—
Schlenzka.	—	12,5 : 8; 11 : 7	—
»	—	10,5 : 6,5	—
Cummins.	—	wie bei Erwachsenen	—
Wilson.	1 N = 453	12,5	1 : 19,2
Witzel.	—	mannsfaustgross	—
Chotinsky.	—	14 : 8 : 5; 18 : 10 : 9	—
Nieberding.	2 N = 1060	—	1 : 22,4
Hanau.	—	7,5 : 4,5 : 5	—
Lannelongue.	LN = 280; RN = 360	—	1 : 13,5
Singer.	—	12,5 : 5 : 8; 15 : 10 : 7	—
von Mutach.*	—	7 : 5 : 3; 5 : 2,5 : 1	—
»	—	8 : 6 : 5; 2,5 : 1,5 : 1	—
Hodenpyl.	—	21 : 15,5 : 9	—

B. Neugeborene Kälber.

Autor.	Gewicht in Grammen.	Ausmasse in Centimetern.	Proportionale Zunahme.
Arloing.	2300, 1990	—	1 : 21
Schurink.	2 N = 4500	—	1 : 22
Hermenier.	—	4 × mannskopfgross	—
Wilhelmi.	2 N = 3000	21 : 16 : 5	1 : 15

* *Dr v. Mutach:* « Beitrag zur Genese der kongenitalen Cystennieren ».

Um die verhältnismässige Vergrösserung der Nieren zu taxieren, h
Schenkel das Nierengewicht des neugeborenen Kindes zu 23,6 gr. ang
nommen.

Die konstatierten Vergrösserungen der Niere betrugen für das Ki
somit das 2—22 fache.

Für das neugeborene Kalb ergab die Berechnung der beobachtet
Volumszunahme das 15—22 fache.

Im Litteraturverzeichnis führt der Autor 49 Arbeiten an; zwei m
kroskopische Abbildungen sind beigegeben.

Dr. H. Stark, Erlangen:

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Agalactia catarrhalis-contagiosa. (Gelber Galt).

Aus dem veterinär-pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. Zschokke.

(Art. Institut Orell Füssli, Zürich, 1903.)

Die wirtschaftliche Bedeutung des sogenannten « gelben Galtes », d
heisst einer durch Streptococcen hervorgerufenen, eitrigen Entzündu
der Milchwege des Rindes, hat sich als so wesentlich herausgestellt, da
es Aufgabe der Wissenschaft sein muss, diese *seuchenartige Krankh*
nach allen Richtungen gründlich zu erforschen.

Zwar tritt hier die *Aetiologie* als das wichtigste Arbeitsgebiet in de
Vordergrund; allein die *patholog. Anatomie* darf darüber nicht vernach
lässigt werden.

Stark hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, an Hand von 20 makro
kopischen, mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen, über fo
gende Punkte Aufklärung zu geben:

1. *Ueber das makroskopische Bild der erkrankten Organe im All
meinen.*

2. *Ueber die histologischen und womöglich cellulären Veränderungen
wie solche durch die Krankheitserreger konstant hervorgerufen werden.*

3. *Ueber das Verweilen der Mikroorganismen im kranken Organe und
über die Rolle der Leukocyten daselbst.*

Nach kurzen historischen Bemerkungen und einigen Erklärungen über befolgte Untersuchungsmethode, folgen detailliert die 20 Fälle, daran liesst sich ein grösseres Kapitel über den histologischen Befund an, es « bei frischer Infektion », sei es bei « Chronischer Erkrankung ».

Schlussfolgerung.

Sowohl die makroskopischen Befunde, als namentlich das histolo-che Bild, ergeben hinsichtlich der pathologischen Anatomie des gelben ltes, dass es sich um Veränderungen handelt, welche man als einen igen Katarrh des ganzen Kanalwerkes und der Alveolen der Milch-ıse bezeichnen kann. Je nach der Intensität und Dauer der Er-nkung, die wohl abhängig ist von der Virulenz des Pilzes und dem tand resp. der Disposition des Euters im Momente der Infektion, findet die eitrige Einlagerung in die Milchkanäle und sogar auch in's degewebe verschieden reichlich. Gewebsnekrosen, wie etwa bei an-en Euterinfektionen, kommen nicht vor. Dagegen scheinen doch ge-ntlich Drüsenepithelien zu degenerieren und sich aus ihrem Verbande ulösen, wodurch wohl auch ab und zu ganze Alveolen verschwinden. 'erner lässt sich stellenweise eine geringgradige Vermehrung des degewebes erkennen, wobei letzteres an Stelle des, bei längerer Er-nkung schwindenden, Parenchyms tritt. (Snbstitution.) Mit dieser ıahme jedoch geht keine Vergrösserung des Euters Hand in Hand. vielmehr sieht man das Organ sogar meistens noch kleiner werden. und dort ist das Parenchym wohl zurückgegangen, das Bindegewebe sich aber nicht vermehrt, sondern ist in seinem Bestand verharrt. ıerhin erscheint es dann selbstverständlich im Verhältnis zum Pa-hym vermehrt zu sein, so dass man hier weniger von einer absoluten von einer relativen Hypertrophie des Bindegewebes sprechen kann. as die Veränderung in der Milchcisterne betrifft, welche im Anfange Erkrankung in einer Reihe feiner, nur bei schief auffallendem Lichte tbarer Knötchen besteht, die jedoch im weiteren Verlaufe an Grösse Ausdehnung zunehmen, später blasige, warzige, mit Blutgefässen hsetzte Knötchen darstellen, so liegt hier eine lokale Hyperplasie der eimhaut mit auffallend starker Wucherung und Erweiterung der illaren (Kapillarektasie) vor.

ie Ursache dieser Wucherungen der Zitzenschleimhaut mag zum in der mechanischen Reizung der entzündeten Schleimhaut durch Melken liegen. Daneben aber ist wohl auch die direkte Wirkung der

Pilze, die sich hier in den Schleimhautfalten in geschützter Lage b
finden und örtlich ungestört Säure bilden und dadurch reizen könn
mit in Betracht zu ziehen. Jedenfalls ergaben meine Beobachtung
dass in den meisten von mir untersuchten Fällen die Dauer und Inte
sität der Entzündung mit der Grösse und Ausdehnung dieser Gran
übereinstimmten.

Die Pilze, die Urheber dieser Erkrankung der Milchdrüse, sind ste
in den Milchkanälen und den Alveolen dem Inhalte derselben beigemen
vorzufinden. Stets kann auch ihre Anwesenheit bereits im Zitzenkan
nachgewiesen werden. An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass i
durch Anlegen von Kulturen aus den Zitzenkanälen gesunder u
kranker Viertel stets Pilze erhielt, die teils aus Kokken und Diplokokke
zuweilen auch aus Streptokokken bestanden. In einem Falle erhielt i
sogar eine förmliche Reinkultur 700—800 gliedriger Streptokokken. D
Auffassung früherer Forscher, dass hier die Eintrittstelle der Kran
heitserreger sei, dürfte somit nicht ganz unrichtig sein. Von hier a
nun gelangen die Pilze in die Cisterne und in verhältnismässig kur
Zeit in die kleinsten Verzweigungen der Kanäle. Wodurch dieses schne
Vordringen bedingt ist, ob doch den Streptokokken eine eigene B
wegungsfähigkeit zukommt, ist noch nicht genügend aufgeklärt. Ni
nur im Sekrete, sondern auch ausserhalb der Alveolen im Gewebe fin
man diese Pilzketten. Da sie hier vielfach innerhalb der Leukocyten u
mit diesen in der Epithelwand getroffen werden, so ist die Annah
einer passiven Wanderung durch das Mittel der weissen Blutzellen g
rechtfertigt. Schon mit Rücksicht auf die Unbeweglichkeit der Pilze u
das Fehlen jeglicher Nekrosebildung müssen wir annehmen, dass
Leukocyten es sind, welche die Streptokokken in das Gewebe schlepp
Dass dieselben dort von den Lymphgefässen aufgenommen, in die Lym
drüsen getragen werden und sich dort wieder nachweisen lassen, ge
mir durch Anlegen von Kulturen aus denselben. Allerdings ist die M
lichkeit nicht ausgeschlossen, dass viele Pilze auf dem Wege dorthin
einzelnen Kokken zerfallen oder vollständig zu Grunde gehen.

Da die Streptokokken bei gelb-galtigen Tieren weder im Blut noch
anderen Körperstellen (metastatisch) vorgefunden wurden, so ist an
nehmen, dass sie in den Lymphdrüsen vollständig vernichtet werden

Im Litteratur-Verzeichniss sind 30 Arbeiten aufgezählt.

3 Aquarelle, von Zschokke stammend, sind beigegeben, dieselben re
präsentieren:

. einen Längsschnitt einer normalen Zitzenschleimhaut mit Längs-
l Querleisten.
!. einen Längsschnitt der Zitze bei akutem Galt, Schleimhaut mit
chen papillomatösen Wucherungen und intensiver Hyperæmie.
. einen Längsschnitt der Zitze bei chronischem Galt. Schrumpfung
Zitze. Granula mit starker Epithelschicht, derb, warzenartig.
Zwei mikroskopische Abbildungen veranschaulichen:
. einen Durchschnitt durch eine papillomatöse Wucherung der
zenschleimhaut und
!. einen Durchbruch der Leukocyten in den Milchgang.

Dr. P. A. Steiger, Bleienbach, Ct. Bern:

Bakterienbefunde bei der Euterentzündung von Kuh und Ziege.

Aus dem veterinär-pathologischen Institute der Universität Bern:
Prof. Dr. Guillebeau.

(Gustav Fischer, Jena, 1904.)

)ie ersten 8 Seiten geben eine übersichtliche Zusammenstellung der
schiedenen Arten der Euterentzündungen und der bei diesen bis dato
undenen Bakterien.

)ie eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf 46 Sekretproben von
hen und einer Sekretprobe von der Ziege; die dabei verfolgte *Unter-
hungsmethode* wird eingehend beschrieben.

/on den 46 untersuchten Sekretproben stammten

1 aus Eutern mit Mast. parenchymat. leichteren Grades,
6 aus Eutern mit Mast. parenchymat. schweren Grades,
aus Eutern mit Euterkatarrh,
aus Eutern mit Fremdkörpergalaktophoritis,
1 aus Eutern mit Galt.

1. *Staphylococcus mastidis* wurde bei einer Ziege und fünf Kühen
unden. Der von Guillebeau (früher) und Steiger gefundene Staphy-
occus zeigt mit demjenigen aus suppurativen Affektionen des Men-

schen isolierten, morphologisch und kulturell grosse Uebereinstimmung. Eine Abweichung bezieht sich nur auf die Virulenz. Durch zahlreiche subkutane Injektionen auf Hunde, Meerschweinchen und Mäuse hat GUILLEBEAU den Mangel an pyogenen Eigenschaften festgestellt und ebenfalls durch Experimente seine für das Euter spezifische Virulenz nachgewiesen *.

B. Galaktococcen wurden bei 10 Kühen konstatiert. Beim Versuch die Mikrococcen mit andern bekannten Coccen zu vergleichen, kann man sich überzeugen, dass sie mit anderen bekannten Arten wenig gemein haben und nicht im mindesten mit irgend einem bekannten Coccus zu identifizieren wären.

C. Streptococcen wiesen die Untersuchungen von weiteren 10 Kuheutern auf. Mit Ausnahme eines einzigen Falles konnte STEIGER in allen denjenigen Fällen, in denen die klinische Diagnose (Galactophoritis acuta enzootica et chronica sporadica) sicher oder wahrscheinlich war, Streptococcen mikroskopisch und kulturell nachweisen. *Die Streptococcen* gehören mit den *Coli-Bacillen* zu den wichtigsten und gefährlichsten Erregern von Euterleiden, indem die einmal ergriffenen Euterpartien meistens für die Sekretion verloren sind. Sie erzeugen in den Milchgängen chronisch verlaufende Entzündungsprocesse, die zur *Agalaktie* und *Atrophie des Euters* führen.

D. Colibacillen und Bacillus aërogenes. 14 Euter von Kühen wurden untersucht. 12 mal wurden « Colibacillen », 1 mal Bacillus aërogenes und 1 mal eine bewegliche Zwischenform gefunden.

E. Mischinfektionen. 6 Beobachtungen bei der Kuh ; woraus hervorgeht, dass als Komponenten bei den Mischinfektionen der Staphylococcus mastitidis und der Colibacillus am häufigsten auftreten.

H. GUILLEBEAU hat dasselbe ebenfalls beobachtet.

Die Mischinfektionen verschlechtern bedeutend die Prognose.

* *Professor Guillebeau* hat im Jahre 1890 (Landwirtschaftl. Jahrbuch der Schweiz Bd. IV) drei neue Species von Erregern der Euterentzündungen unter dem allgemeinen Namen « *Galaktococcen* » aufgestellt. Auf Grund ihrer verschiedenen Wachstumsmerkmale auf Kartoffeln glaubt *Guillebeau* 3 verschiedene Arten zu erkennen und unterscheidet sie in einen

Galaktococcus versicolor,
» *fulvus* und
» *albus*.

Es folgt nun eine sehr übersichtliche und interessante

ısammenstellung der Euterentzündungen und ihrer Ausgänge mit Berücksichtigung der Infektionserreger,

nn werden die verschiedenen Infektionswege besprochen:

Die galaktogene Infektion. (Einwanderung von dem Zitzenkanal her.)

Es gelang Steiger nicht, durch einfache Berührung der Zitzenmündg mit virulenten Bakterien eine Mastitis zu erzeugen und die von tt aufgestellte Theorie der ascendierenden Infektion konnte nicht beltigt werden.

2. Die lymphogene Infektion.

Der Anschauung von Nélaton, König und Billroth, welche bei der astitis des Menschen als Infektionspforte die Schrunden der Zitze beachten, von wo aus der Infektionsstoff durch die Lymphgefässe in die ilchdrüse gelangt, schliesst sich Kitt an. In der Praxis sind Fälle dieser rt selten.

3. Die hæmatogene Infektion.

Neuerdings gewinnt die Lehre der hæmatogenen Infektion eine Stütze ırch den Nachweis, dass das Euter konstant eine grössere Anzahl von ıkterien beherbergt und somit die Milch nie bakterienfrei ist. Nachdem hon der Amerikaner A. R. Ward und der Schwede Chr. Barthel geigt haben, dass in der Tat das Euter stets von Mikroorganismen beohnt ist, hat von Freudenreich* durch sorgfältige Untersuchungen eist soeben geschlachteter Kuheuter den unanfechtbaren Nachweis bracht, dass die Milch-Drüse stets Bakterien enthält.

Nachdem Streit und Gröning die Verbreitung der Coli-Bakterien nd Streptococcen festgestellt hatten, lag es nahe, auch für Galaktococcen hnliche Untersuchungen vorzunehmen. Es war dafür der Inhalt des anses und des Psalters des Rindes als Untersuchungsmaterial zu wählen, omit sich ein letztes Kapitel der fleissigen Steiger'schen Arbeit befasst.

Es wurden Streptococcen, Coccen, Stäbchen und Sardinen gefunden; benso manigfaltig war die Bakterienflora im Psalter.

* Siehe *diesen Jahrgang: v. Freudenreich:* « Ueber das Vorkommen von Bakterien n Kuheuter ».



Dr. Otto Uhlmann, Lengefeld, Sachsen:

Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals (Ductus papillaris) bei der Ku der Ziege und dem Schafe.

Aus dem veterinär-pathologischen Institute der Universität Bern: Prof. Dr. Guillebeau.

(Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1903.)

Allgemein huldigte man bis vor kurzem der Annahme, das Sekret d Milchdrüse wäre bakterienfrei; nun haben aber die verschiedensten Fo scher festgestellt, dass die abgesonderte Milch so gut wie nie keimfrei s

Mit der Feststellung dieser Tatsache ist aber die Frage nach der Pfor der Invasion noch nicht erledigt. Es bestehen zwei Möglichkeiten: D Microorganismen gelangen in die Drüse entweder durch die Blutbal oder durch den Strichkanal.

Uhlmann stellte sich nun die Aufgabe, *die Besiedelungsverhältnisse d Strichkanals mit Bakterien genau festzustellen.* Hierher gehörige Exp rimente haben unter Andern z. B. Prof. Guillebeau * und Prof. He aus Bern angestellt.

Die beiden ebengenannten Autoren waren im Stande Mastitiden dur in die Milchbehälter injicierte Bakterienkulturen zu erzeugen; au prüften sie, ob Veränderungen der Drüse und der Milch durch blo Berührung der Zitzenmündung mit bakterieller Flüssigkeit bewir werden könnten und zwar durchgängig mit negativem Resultat.

Endlich ergaben neueste Untersuchungen von Dr. Steiger, ** da weder Streptokokken noch Coli-Bacillen, an die Euterspitzen angerieb eine Entzündung der Milchdrüse zu erzeugen im Stande waren.

Die Feststellung des normalen Inhaltes im Ductus papillaris mittel der anatomischen Untersuchungsmethode ist noch nicht durchgefüh worden; vorliegende Arbeit soll die Lücke ausfüllen.

Eine Anzahl ganz frischer Zitzen (milchende Kühe, Rind, Ziege un Schaf) wurden in 13 μ dicke Schnitte zerlegt und mit Thionin gefärb

* *Guillebeau und Hess:* Ueber die Symptomatologie und Therapie der Euterentzün ungen bei Rindern und Ziegen. (Landwirtschaftl. Jahrbuch der Schweiz, Bd. VI 1894, pag. 274).

Guillebeau und Hess: Ueber die Symptomatologie der Milchfehler und Euterentzün ungen bei Rindern und den übrigen Haustieren. (Jahrbuch Bd. V 1891).

** Siehe die vorhergehende Arbeit.

ı **ganzen wurden 35 «Striche» untersucht (Zitzen) und etwas über 0 Schnitte angefertigt. Es ergab sich aus den erhaltenen Befunden:**

1) Für den Zitzenkanal der Kuh: dass der Strichkanal des normalen ıters unter allen Verhältnissen eine verschwindend kleine Menge von ılch enthält und dass somit von einer Milchsäule im Ductus papillaris cht gesprochen werden kann. Das Lumen des Kanals enthielt stets gelöste Epithelschuppen, die den Ductus nicht selten vollständig ausllten. *In allen untersuchten Querschnitten kamen Bakterien vor.* Meistens ır ihre Zahl klein, gelegentlich lagen im Bilde 100 und mehr Keime; emals war das Lumen gänzlich angefüllt. In einigen Zitzen war das ratum corneum zerklüftet und in den Spalten des letzteren lagen von ır freien Mündung an bis zur Rosette* hin förmliche Rasen von eimen. Der Form nach gehören diese zu den Kokken und den Stäbchen; mag jedoch hier erwähnt werden, dass die Stäbchen nie in solch beächtlichen Mengen sichtbar wurden, wie dies bei den Kokken in einigen itzen der Fall war.

2) Für den Zitzenkanal eines 1-jährigen Rindes, dessen Milchdrüse och nicht tätig gewesen war.

Untere Oeffnung des Strichkanals:

Stratum mortificatum schwächer entwickelt. In Flüssigkeitsresten des Lumens finden ch wenig Stäbchen; grössere und kleinere Kokken nicht selten, bisweilen kleine laufen davon sichtbar.

500 μ Entfernung von der äussersten Zitzenmündung:

Im Zentrum ziemlich viel zähes Sekret, untermischt mit Leukocyten, umgeben von tratum mortificatum. Wenig Stäbchen vorhanden; Kokken einzeln und in kleinen laufen.

Den gleichen Befund erhob UHLMANN bis zu einer Entfernung von 500 μ von der unteren Oeffnung an gerechnet, wo dann die Cisterne nit der Rosette ihren Anfang nahm.

8500 μ Entfernung von der äusseren Zitzenmündung:

Das Lumen ist relativ weit, es ist angefüllt mit ziemlich viel Stratum mortificatum n welchen wenig Stäbchen und Kokkenhäufchen vorhanden sind.

3) Für den Zitzenkanal einer Ziege.

Die Befunde der einzelnen Schnitte waren auch hier dermassen ähnich, dass es genügt, zwei derselben anzuführen.

* Den anatomischen Begriff der Rosette, Cisterne etc. findet man in *D. H. Mantowski*: « Der histologische Bau des Strichkanals der Kuhzitze », *dieser Jahrgang*.

Strichkanal:

Im Lumen ziemlich viel abgeschuppte Epithelien; zwischen den einzelnen Schollen sowie am Rande des Stratum corneum sehr selten Stäbchen, Kokken etwas zahlreicher.

Cisterne:

Beim Absuchen des Epithelrandes sind einige winzige Sekretreste wahrzunehmen; Darin nur wenig Stäbchen und Kokken.

Die Zitze der Ziege enthält, wie diejenige der Kuh, in allen Teilen Stäbchen und Kokken, doch ist die Zahl derselben im Vergleiche zum Rinde klein zu nennen.

4) Für den Zitzenkanal eines Schafes.

Strichkanal:

Stratum mortificatum gut entwickelt. Am Epithelrande, sowie vereinzelt zwischen Epithelschuppen liegend, sehr wenig Stäbchen und wenig Kokken; einzelne Kokkenhäufchen deutlich wahrnehmbar.

Cisterne:

Längs des Epithelrandes, sowie vereinzelt im Lumen kleinste Sekretüberbleibsel; in einigen davon spärlich Stäbchen nachweisbar; wenig Kokken, zuweilen in kleinen Häufchen auftretend.

Wie bei den ersterwähnten Tieren, so enthält auch der Zitzenkanal des Schafes fast stets reichliche, abgestossene Epithelien. In allen Querschnitten des Ductus papillaris sind Stäbchen und Coccen in annähernd gleichen Mengen, wie bei der Ziege, nachzuweisen. Auf die Gegenwart von Bakterien im Strichkanale des Euters kann man daher bei allen Haustieren rechnen.

VII.

Verschiedenes.

A. Ernennungen.

Privat-Docent Dr. Bétrix in Genf zum « Correspondierenden Mitglied .er italienischen Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynækologie ».

Dr. Carl Meyer-Wirz in Zürich zum Privat-Docenten der Geburts-ıülfe und Gynækologie an der Universität Zürich.

Dr. R. König in Genf zum Privat-Docenten der Geburtshülfe und ;ynækologie an der Universität Genf.

Privat-Docent Dr. M. Walthard in Bern zum Titular-Professor.

B. Referate und Hebammenzeitungen.

Dr. Dr. Edebohls-Beuttner, New-York-Genf:

Die Heilung der chronischen Nierenentzündungen vermittelst der Nieren-Decapsulation.

Renal Decapsulation for Chronic Bright's Disease.

(Wiener-Klinik 1904. Urban und Schwarzenberg und Medical Record, March 28. 1903.)

Beuttner hat eine weitere Arbeit aus der Feder Edebohls über opera-:ive Behandlung der chronischen Nieren-Entzündungen in's Deutsche ıbertragen und in der Wiener-Klinik publiciert.

Siehe *Gynæ. Helv.* III, pag. 251. Edebohls-Beuttner: « Die Heilung ler chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung ».

Prof. Dr. F. L. DUMONT, Bern:

Handbuch der allgemeinen und lokalen Anæsthesie für Aerzte und Studierende.

(Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1903.)

Im Hinblick auf die Wichtigkeit der Frage nach der allgemeinen und lokalen Anæsthesie, erschien es DUMONT nicht unzeitgemäss, diejenigen Methoden zusammenzustellen, die bis jetzt sich bewährt haben und welche gegenwärtig dem Arzte in jedem Falle die richtige Wegleitung geben dürften.

So ist ein äusserst interessantes Werk entstanden, das mit 116 Abbildungen ausgestattet, wohl oft und mit reichlichem Nutzen consultiert werden mag. Preis 11 Fr.

Dr. MARIE HEIM-VÖGTLIN, Zürich:

Die Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre *.

(Buchdruckerei H. Keller, Luzern.)

Die 63 Seiten starke Broschüre umfasst in Briefform abgefasst, 10 Briefe:

Erster Brief: Das Kinderbett; Kleidung; nötige Anschaffungen.

Zweiter Brief: Die Pflege der Haut.

Dritter Brief: Die Wohnung. Luftgenuss.

Vierter Brief: Die Wage. Die natürliche Ernährung des Kindes an der Mutterbrust. Die Amme.

Fünfter Brief: Das Kochen der Milch.

Sechster Brief: Die künstliche Ernährung.

Siebenter Brief: Die körperliche Entwicklung.

Achter Brief: Die Gesundheitsstörungen des Säuglingsalters. Die Impfung.

Neunter Brief: Die geistige Entwicklung.

Zehnter Brief: Anhang. Erklärung der Kurven.

* ***Anmerkung:*** Siehe ***Gynæcologia Helv.*** I. pag. 141: Dr. H. MEYER, Zürich: *Die Mutter als Frau.* Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen « in gemeinverständlicher Darstellung ».

Die vorliegende kleine Broschüre ist voll praktischer Erfahrungen! ie Herausgeberin hat in der Eigenschaft als Aerztin und als beobachnde Mutter uns eine Menge wichtiger Details aufgedeckt, an die wir änner wohl kaum jemals gedacht hätten; darum wird jeder aus der ktüre Nutzen ziehen.

Dr. E. Regli, Bern:

Der unerfahrenen, jugendlichen Mutter einige Ratschläge zur Säuglings-Ernährung.

Der bekannte *Berner-Kinderarzt* gibt uns eine sehr hübsche, gedrängte usammenstellung der Säuglings-Ernährung; da nicht nur die «unerahrene, jugendliche Mutter» darausRat sich holen kann, sondern auch er prakt. Arzt und Geburtshelfer, so soll die *Regli'sche Zusammenstellng* hier «in extenso» wiedergegeben werden.

I. Brusternährung.

Brusternährung ist heiligste Mutterpflicht!

Nur Krankheit oder neue Schwangerschaft entschuldigen die Nichtrfüllung derselben.

Grundregeln der Brusternährung.

1. *Sorgfältige Reinigung* der Brustwarzen und des Mundes des Kindes mit abgekochtem Wasser.
2. *Regelmässigkeit* in der Darreichung der Brust rechts und links und zwar:
   tags: { *a)* zweistündlich in den ersten Wochen;
   b) dreistündlich in der spätern Säuglingszeit;
   nachts: 1 Mal.
3. *Nahrungspause,* wenn immer möglich von 10 Uhr abends bis 5 Uhr morgens.
4. *Allmählige Entwöhnung* gegen den 8. bis 10. Monat hin; wenn irgend möglich nicht zur heissen Jahreszeit, der gefährlichen Sommerdiarrhoen wegen.

II. Künstliche Ernährung.

Kuhmilch (event. Ziegenmilch) *ist der einzig richtige Ersatz der Frauenmilch.* Von frühzeitiger Verabreichung von Kindermehlen, Zwieback, Gries, Hafermehl etc. sei gewarnt; als Beikost, d. h. neben der Milch leisten dieselben oft sehr gute Dienste; doch sollten sie *nie vor dem 6. Monat* verabreicht werden.

Grundregeln der künstlichen Ernährung:

1. *Gewissenhafte Reinlichkeit* (Kochgeschirr, Trinkflasche und Saughütchen).
   a) Kochgeschirr: Eine nur zum Milchkochen zu gebrauchende Pfanne ist notwendig; vorzüglich eignet sich dazu der Cornaz'sche Milchapparat (Kostenpreis: Fr. 5.—); nach jedem Gebrauch sofort sauber zu waschen.
   b) Trinkflasche: Nahrungsreste sofort auszugiessen und die sorgfältig gereinigte Flasche bis zum Rande mit frischem Wasser zu füllen. Trinkflaschen mit Metall- und Gummirohr sind ganz verwerflich.
   Sehr empfehlenswert ist auch der Fläschchenapparat «Soxhlet» (Kostenpreis: Fr. 20. —), jedoch nur in der Hand einer gewissenhaften, reinlichen Pflegerin, da er die Milchpfanne entbehrlich macht, indem die Milchportionen in der Trinkflasche selbst gekocht werden.
   c) Saughütchen (Zapfen): Von Zeit zu Zeit in Sodawasser auszukochen und stets in einem Glas mit frischem Wasser aufzuheben.

2. *Regelmässigkeit* in der Darreichung der Nahrungsportionen und zwar:
   tags: { *a)* zweistündlich in den ersten Wochen; *b)* dreistündlich in der spätern Säuglingszeit.
   nachts: 1 Mal.

3. *Nahrungspausen,* wenn irgend möglich, von 10 Uhr abends bis 5 Uhr morgens.

4. *Behandlung der Milch:* Der tägliche Milchbedarf, nach Empfang vom Küher, etwa $1/2$ Stunde stehen gelassen zum Niedersetzen der Stallverunreinigungen, soll 5—10 Minuten (ja nicht länger) gekocht und in mit abgekochtem Wasser gereinigter, mit Patentverschluss versehenen weissen Flasche verpackt, an einem kühlen Ort (im Sommer in frischem zu wechselndem Wasser liegend) liegend aufbewahrt werden. Ebendie-

selbe Versorgung gilt dann auch für die Verdünnungsflüssigkeit der Milch (wie Hafer-, Reis- oder Gerstenbrühe). Grosse Verdienste um vorzügliche Kindermilch hat sich die *Berner Alpen-Milchgesellschaft in Stalden,* Emmenthal, erworben, welche die Milch schon fertig zum Gebrauch gekocht liefert.

Verdünnungsflüssigkeiten der Milch:

a) abgekochtes Wasser (10 Minuten gekocht; einfachste und sicherste Ernährungsmethode);

b) Hafer-, Gersten-, oder Reisbrühe (nie dicker Schleim).

Kochrezept: 2 gehäufte Esslöffel ganzer Haferkernen, sauber gewaschen, mit $1^1/_2$ Liter Wasser bis zum Kochen auf grosse Flamme gesetzt, 50 Minuten auf kleiner Flamme weiter gekocht und schliesslich durch ein mittelfeines Sieb gelassen. (Resultat: gelbliche, stark trübe, wie Wasser fliessende Brühe). Versorgung in weisser Flasche mit Patentverschluss. Ebendasselbe Kochrezept für Reis und Gerste.

Jeder Nahrungsportion wied $^1/_4$ eines Würfels *Zucker* zugesetzt.

Die rationellste Trinkflasche ist mit fortlaufend numerierten Teilstrichen bis 15 versehen, zur leichtern Berechnung der Verdünnung der Milch.

Verdünnungsgrössen und Grössen der Trinkportionen: Die Verdünnung der Kuhmilch und die Grössen der Trinkportionen richten sich ganz nur nach dem Naturell und Alter des Säuglings. Hier lässt sich keine strenge Regel aufstellen, indem die Naturen der einzelnen Säuglinge oft stark auseinandergehen; so gibt es z. B. Kinder, welche frühzeitiger als im 6. Monat ganze Milch vertragen, während andere erst bedeutend später und Kinder, welche grössere Trinkportionen verlangen, während andere gleichalterige nur kleinere Portionen vertragen. Ernstlich sei an dieser Stelle vor Ueberfütterung gewarnt. — *Hungerbedürfnis, Stuhlgangbeschaffenheit* (normal: schön gelb, fein verrieben, breiig) *und Stuhlgangszahl* (normal: 1—2 mal täglich) *sind die leitenden Grundfaktoren.* Hungerbedürfnis und Neigung zu Stuhlverstopfung erheischen ein Steigen der Milch, während missfarbene (grüne) unverdaute (weisse, geronnene Klümpchen), zahlreichere (mehr als 2 oder 3 im Tag) Stühle eine grössere Verdünnung der Milch verlangen.

Im Mittel lässt sich folgende praktische Zahlenreihe aufstellen, um ungefähr einen Begriff im Steigen der Portionengrösse und Grösse der Verdünnung anzudeuten:

Die ersten zwei Tage leichter Fenchelthee, 2—3 Teilstriche dann:

vom 3.—8. Tage:	1 Strich	Milch	+ 3	Striche	Wasser	(Hafer, Reis od. Gerste)
v. d. 1.—3. Woche	2 Striche	»	+ 4	»	»	»
in der 4. Woche:	3	»	»	+ 4	»	»	»
im II. Monat:	4	»	»	+ 5	»	»	»
im III. Monat:	5	»	»	+ 5	»	»	»
im IV. Monat:							
a) erste Hälfte	6	»	»	+ 5	»	»	»
b) zweite »	7	»	»	+ 5	»	»	»
im V. Monat:							
a) erste Hälfte	8	»	»	+ 4	»	»	»
b) zweite »	9	»	»	+ 4	»	»	»
im VI. Monat:							
a) erste Hälfte	10	»	»	+ 4	»	»	»
b) zweite »	11	»	»	+ 3	»	»	»
im VII. Monat:							
a) erste Hälfte	12	»	»	+ 3	»	»	»
b) zweite »	13	»	»	+ 2	»	»	»
im VIII. Monat:							
a) erste Hälfte	14	»	»	+ 1	»	»	»
b) zweite »	Vollmilch.						

9. Bei *Eintritt von Erbrechen und Diarrhoen*, besonders zur warmen Jahreszeit, sei man sehr vorsichtig, setze 24 Stunden jede Nahrung aus, reiche statt dessen sehr leichten Schwarzthee, gebe am zweiten Tag leichten Hafer-, Reis-, oder Gerstenschleim (1 Stunde gekocht) und beginne erst am dritten Tage wieder vorsichtig mit Milch.

Sommerdiarrhoen können sehr gefährlich werden (oft schon Tod in 2—3 Tagen); desshalb rufe man frühzeitig den Arzt herbei.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Extrauteringravidität.

(Encyclopädie der gesamten Chirurgie von Prof. Kocher und Dr. F. de Quervain. A—K. pag. 443.)

Chirurgische Eingriffe sind erforderlich:

1. *bei Platzen des Fruchtsackes und Verblutungsgefahr,*

2. *bei noch nicht geplatzter Tubenschwangerschaft,* sobald die Diagnose gestellt ist. Entfernung der schwangeren Tube; Vorkehrungen gegen das Hæmatom und die Anæmie.

3. *bei vorgeschrittener lebender Extrauterinschwangerschaft.* Platzt die Tube, so kann ein Stück der Placenta in der Tube hängen bleiben und der Fœtus von hier aus weiter ernährt werden. Für das Verständnis der Behandlung ist es von Wichtigkeit zu wissen, dass der Fruchtsack nicht nur aus Tubenwandung, sondern zum grössten Teil aus den benachbarten Darmschlingen, dem Omentum und der das Os sacrum bedeckenden Serosa besteht. Von einer Entfernung des Fruchtsackes ist in solchen Fällen keine Rede: Es kommt das Fritsch'*sche Verfahren* zur Anwendung: Eröffnung der Fruchthöhle, Entfernung der Frucht; Abschneiden der Nabelschnur ohne sie zu unterbinden; Belassen der Placenta; Ausspühlen und Tamponade der Fruchthöhle. Die Oeffnung im Bauch bleibt weit offen.

Findet man bei der Incision der Bauchdecken den Fruchtsack mit dem Peritoneum parietale nicht verwachsen, so näht man die Bauchdecken so an den Fruchtsack an, dass ein etwa 10 cm langes und 50 cm breites Segment des letzteren von der Bauchhöhle abgeschlossen freiliegt.

Die Exstirpation des Fruchtsackes ist nur möglich, wenn der Fruchtsack eine eigene durch die Tube oder ein rudimentäres Nebenhorn gebildete Wand besitzt. Fühlt man einen nicht zu breiten Stiel, so wälzt man den Tumor vor die Bauchhöhle und resecirt nach Präventivligatur den ganzen Fruchtsack. Hierauf Schluss der Abdominalhöhle.

Ist der Stiel breit, so ist das Einnähen des ganzen Fruchtsackes vorzuziehen. Kann im Verlauf einer Totalexstirpation nicht der ganze Fruchtsack resecirt werden, so nähe man den nicht exstirpirten Teil desselben, der stark gefaltet werden kann, in die Bauchwunde ein und fülle denselben mit Gaze.

4. *Zur Behandlung der Hæmatocele.* Verzögert sich die Resorption monatelang nach dem Platzen der Tubargravidität oder verjaucht die Hæmatocele, so wird das hintere Scheidengewölbe eröffnet (nach Fritsch).

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Uterus-Lageveränderungen.

(Ibid. L—Z, pag. 625.)

I. *Retroflexio uteri.* Pessare; Massage; resorbirende Behandlung der Adhæsionen. Versuch der Adhæsionslösung nach B. Schulze.

Methoden zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri:

1. Die Verkürzung der Ligamenta rotunda im Leistenkanal. (Alexander'sche Operation.) Reposition des Uterus vor der Operation; exacteste Blutstillung vor dem Aufsuchen des Lig. rotund. erleichtert das Auffinden wesentlich.

2. Die Ventrofixation.

3. Die Vaginofixation.

II. *Descensus et Prolapsus uteri.*

1. Der isolirte Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele: Kolporrhaphia anterior mit Reposition der Cystocele mittelst Vaginofixatio uteri.

2. Der isolirte Prolaps der hinteren Vaginalwand mit Rectocele: Schnitt von der Mitte der hinteren M. m's Lippe durch die hintere Vaginalwand bis zur Mitte der hinteren Commissur des Introitus vaginæ. Hierauf wird die hintere Vaginalwand nach rechts und links unterminirt. Die Stelle des Rectums, wo die Scheide vom Rectum abgelöst wurde, ist durch versenkte, in's Rektum gelegte feine Catgutnähte etagenförmig zu verkleinern etc. Event. Perineoplastik.

Bei alten Frauen nach der Klimax bringt nur die Resection der Scheide Heilung, indem sie ein festes Septum vesico-rectale schafft. Walthard empfiehlt die *Kolpektomie von* P. Müller*.

* *Anmerkung:* Siehe diesen Jahrgang pag. 129: Dr. V. Krùkova: « Die Kolpektomie als Prolapsoperation. »

III. *Inversio uteri.* Gelingen unblutige Repositionsverfahren durch bimanuellen Druck, durch Kolpeurynter mit Wasser, Luft und Schrot uecksilber Ref.) gefüllt nicht, so empfiehlt sich zunächst das KÜSTNERhe Verfahren.

Dr. E. WORMSER, Basel:

Pathologie des Wochenbettes.

FROMMELS Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynæcologie. XVI. Jahrgang.

(Verlag von I. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.)

Auf Seite 902-1040 des FROMMEL'schen Jahresberichtes handelt WORMR an Hand der im Jahre 1902 publicierten einschlägigen Arbeiten das ıpitel: «Pathologie des Wochenbettes» in mustergültiger Weise ab. Es werden im Ganzen 432 Arbeiten angeführt und die Interessantesten ehr oder weniger detailliert besprochen. Die Einleitung gibt eine rzügliche Orientation betreffs unserer Kenntnisse der Pathologie des ochenbettes und soll daher hier «in toto» wieder gegeben werden:

« Was in den letzten Jahren an Arbeit und Geist aufgewendet worden zur weiteren Aufklärung der Aetiologie des Fiebers im Wochenbett, s steht in keinem Verhältnis zu den erreichten Resultaten. Die Morbitätsstatistiken selbst unserer modernsten, bestgeleiteten Anstalten ben entschieden etwas Unbefriedigendes. Ohne Rücksicht auf den stenpunkt sind in denselben alle Vorkehrungen getroffen, um eine solut aseptische Leitung der Geburt und des Wochenbettes zu garanren, und doch gelangt man unter ein gewisses Morbiditätsprozent cht herab; dasselbe hat sich bisher trotz aller erdenklichen Mühe nicht s der Welt schaffen lassen. Auf welchen Ursachen dieser letzte, hartckige Rest von Fieber im Puerperium beruht, bleibt unaufgeklärt. ir sind mit unseren, immer weitergehenden Verschärfungen der antiıd aseptischen Massregeln an einem toten Punkte angelangt, das ist in Zweifel. Auf dieser Fährte weiter zu gehen, wäre somit zwecklos. ıfgabe der weiteren Forschung wird es sein, die Ursachen der 10 bis % Fieberfälle aufzudecken, die trotz Ausschaltung jeglicher Aussenfektion (durch sterile Gummihandschuhe oder absolutes Nichtberühren r Kreissenden), die ebenso bei desinfizierter als bei nicht desinfizierter

Vagina, die überhaupt unter allen bisher bekannten, zufälligen od eigens herbeigeführten Umständen unweigerlich wiederkehren. Es m dies der Zukunft überlassen bleiben, da auch das Berichtsjahr darü keinen positiven Aufschluss bringt, trotzdem eine ganze Anzahl tüchtig bakteriologischer wie klinischer Arbeiten sich mit dieser Frage besch tigen.»

Anmerkung: Es soll dem Leser hier vor Augen geführt werden, in wie weit Schwei Aerzte sich bis zum heutigen Tage an den FROMMEL'schen Jahresberichten bete haben:

I. Jahrgang 1887. Prof. WYDER: Physiologie und Pathologie der Menstruation.
X. Jahrg. 1896—XIV. Jahrg. 1900. Prof. GOENNER: Physiologie der Gravidität.
X. Jahrg. 1896—XIII. Jahrg. 1899. Doc. Dr. WALTHARD: Physiologie der Geb
XIV. Jahrg. 1900—XVI. Jahrg. 1902. E. WORMSER: Physiologie des Wochenbett

---

Schweizerische Mitarbeiter für das Handbuch der Geburtshülfe von F. v. Winkel.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.)

Prof. Dr. A. GÖNNER, Basel:

(Erster Band, I. Hälfte, pag. 283—331.)

Die Frucht in dem weiteren Verlaufe der Schwangerschaft.
(Mit 11 Abbildungen im Text.)

Das ausgetragene Kind.
(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Die Nabelschnur.
(Mit 1 Abbildung im Text.)

Die Placenta.
(Mit 8 Abbildungen im Text.)

Das Fruchtwasser.

Die Ernährung und der Stoffwechsel des Embryo und Fœtus.
(Mit 2 Abbildungen im Text.)

Die Erscheinungen an den Genitalien in den einzelnen Monaten de Schwangerschaft.
(Mit 9 Abbildungen im Text.)

Die leichteren Beschwerden der Schwangeren.

Die Lagerung des Kindes.
(Mit 1 Abbildung im Text.)
(Ibid. pag. 611—631.)

Prof. Dr. O. v. Herff, Basel:
(Erster Band, II. Hälfte, pag. 826—845.)
ätetik der Schwangerschaft: Allgemeines Verhalten und Behandlung der leichteren Schwangerschaftsbeschwerden.

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
Agenda 1904 et Aide Mémoire de la Sage-femme.
Avec un Avant-Propos de M. le prof. Dr. von Herff-von Salis, Bâle.

Das bereits in *Gynæc. Helv. III* pag. 252 erwähnte « *Vade-mecum der* *bamme* » ist nun zu einem bequemen « *Taschen-Jahres-Calender der* *bamme* » erweitert worden.
Prof. v. Herff gibt der Agenda ein kleines Vorwort mit auf den Weg, welchem die Hebammen auf die Schwierigkeiten ihres Berufes auf-rksam gemacht werden. Preis 2 Fr.

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
dacteur du Bulletin mensuel. Seul organe officiel de la Société vaudoise des sages-femmes.
(Imprimerie G. Bridel et Cie, Lausanne.)

Unter Redaktion von mehreren Aerzten:
Schweizerische Hebammen-Zeitung.
Populär-wissenschaftliches Organ für Geburtshülfe, Kranken und Kinderpflege.
Herausgegeben vom Verleger, Emil Hofmann *in Elgg*, Ct. Zürich.

Dr. E. Wormser, Basel,
Mitarbeiter der Frommel'schen Jahresberichte.

C. Therapeutische Notizen.

1. *Extractum Chinæ Nanning.* Auf geburtshülfl.-gynækologischem Gebiet angezeigt:

1. Bei Dysmenorrhœ.
2. Bei Erbrechen Schwangerer.
3. Bei fieberhaften Erkrankungen und
4. Bei Reconvalescenten.

Dosis: 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Malaga vor dem Essen.

2. *Ferratin:* ist eine Eiseneiweissverbindung mit 6 % Eisen; es führt eine ***rasche und bedeutende Vermehrung des Hæmoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen*** herbei. Siehe unter anderem A. JAQUET und A. KÜNDIG: « Ueber die Wirkung des Ferratins bei der Behandlung der Blutarmut ». (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte 1894, Nr. 11.) *Dosis:* 3—4 täglich 0,5—1,0. Kindern die Hälfte.

Der Herausgeber der Gynæcolog. Helv. verschreibt seit Jahren das ***Ferratin zusammen mit Salipyrin*** und zwar in den Fällen, in denen das letztere Medicament wegen *Menorrhagien*, *klimakterischen Blutungen* und bei Blutungen geraume Zeit nach Geburt und Abortus indicirt erscheint. (Siehe Gyn. Helv. I. pag. 13, O. BEUTTNER: « Ueber die therapeutische Verwertung des Salipyrins auf gynækologischem Gebiete ».)

Rp.
Ferratini.
Salipyrini āā 1.0.
D. tal. dos Nr. XII.
D. S. 3 mal tägl. 1 Pulver in Oblate zu nehmen.

3. *Ferratose:* ist eine angenehme, aromatische Lösung von Ferratin; sie enthält 0,3 % Eisen.
Dosis: 3—4 Esslöffel täglich; Kindern die Hälfte.

4. *Hygiama*, ein in Aussehen und Geschmack an Kakao erinnerndes Pulver, wird aus kondensierter Milch unter Zusatz von besonders präparierten Cerealien und teilweise entfettetem Kakao hergestellt. Es wird bei den verschiedensten Krankheitszuständen mit Erfolg verschrieben; den Gynæcologen interessiren folgende *Indicationen:*

ınæmie, Appendicitis, Ascites, Carcinom, Chlorosis, Cystitis, *künstιe Ernährung, Ernährung der Wöchnerinnen;* erschöpfende und fie·hafte Krankheiten, *Hyperemesis gravidarum, Milchsekretion,* Peritoni- Rachitis, *Schwangerschaft, Uebergangsnahrung für Säuglinge* etc.

ı. *Lactagol*: empfohlen zur Steigerung der Milksekretion bei stillenı Frauen, ist ein pulverförmiger Extrakt aus Baumwollsamen, welcher spezifisch wirksame Substanz dieses in der Landwirtschaft längst zu togenen Zwecken verwendeten Produktes in conc. Form enthält.
'erordnet wird « Lactagol » 3—4 mal täglich je einen gehäuften Teeel voll in Milch, Kakao etc.

. *Neurosine Prunier* enthält die zur Neubildung von Nervensubstanz igen Stoffe; es wird mit bestem Erfolge bei den Neurosen in Anwenıg gezogen, sowie bei denjenigen nervösen Erkrankungen, die sich seıdär nach gynæcologischen Affektionen entwickelt haben. *Dosis* 2 bis ıal täglich 1 Kaffeelöffel voll in einer Tasse Milch.

'. *Ovo-Maltine* Dr. Wander: aus reinem Malzextrakt, frischen Eiern, ch und Cacao hergestellt, ist es ein vorzügliches Nährmittel und iniert bei Rekonvalescenten, Blutarmen, stillenden oder schwächlichen ıuen und bei Milchkuren (als Nährmittel und Geschmackscorrigens).

ı. *Phosphatine Falières:* wird mit Vorteil der Säuglingsnahrung vom -7. Lebensmonat beigefügt, um die Zahn- und Knochenbildung zu ördern.

. *Phytin**: ist der Handelsname für die aus Pflanzensamen dargestell- Calcium-Magnesiumsalze der Anhydro-Oxymethylen-Diphosphorre; eine kritische und experimentelle Studie über die Phosphor-Meıtion geben uns Prof. A. Gilbert und Dr. Posternak in: « Monograes Cliniques sur les questions nouvelles en Médecine, en Chirurgie, en logie, n° 36 ».
'hytin ist der organische Phosphorreserve-Stoff der grünen Pflanze, auch einen bedeutenden Teil der Phosphor-Nahrungs-Substanzen des nschen ausmacht; es erhöht bedeutend den Stoffwechsel-Umsatz und ördert dadurch die intime Ernährung der Zellen und Gewebe.
'hytin kommt in Gelatin-Tuben in den Handel; jede Tube enthält 0,25 Phytin, davon nehmen Erwachsene 4 Tuben « pro die », Kinder von 2—6 ıren 1—2 Tuben und Kinder von 6—10 Jahren 2—4 Tuben täglich.

* Siehe *diesen Jahrgang*, pag. 235.

Für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren wird ein neutrales, lösliches Phytin-Milchzuckerpräparat in den Handel gebracht, das unter dem Namen:

9. ***Fortossan*** in Tabletten à 2,5 gr. hergestellt wird. Man verordnet davon:

Kindern bis zu zwei Monaten 1 Tablette täglich,
» » zu 2—6 Monaten 2 Tabletten täglich,
» » zu 6—12 » 3 » » und
» von 1—2 Jahren 4 » »

Indicationen, die den Geburtshelfer und Gynækologen besonders interessiren, sind:

Schwangerschaft (während der letzten Monate, da der Mutterorganismus ungefähr 0,5 gr. Phosphorsäure « pro die » zur Entwicklung des Fœtus abgibt); *künstliche Ernährung* von Kindern, Stillungsgeschäft (zur Vermehrung und Verbesserung der Milch); langsame Entwicklung der Kinder, *Rachitis; Chlorose, Neurasthenie, Hysterie, Schlaflosigkeit, Osteomalacie* etc.

10. *Sanatogen:* besteht aus 95 % Casein und 5 % glycerinphosphorsaurem Natrium.

Indicirt vom geburtshülflich-gynækologischen Standpunkte aus bei *Neurasthenie*, bei Bleichsüchtigen und Blutarmen, bei Barlow'scher Krankheit; *bei den verschiedensten gynækologischen* Leiden hält Sanatogen den raschen Kräfteverfall auf und setzt die Patientinnen in den Stand, eine event. Operation glücklich zu überstehen.

Bei *menstrueller Blutung* ist S. ein vorzügliches Kräftigungsmittel; *während der Schwangerschaft* beseitigt es die so häufig auftretenden nervösen Beschwerden und wirkt namentlich gut bei *Hyperemesis gravidarum. Im Wochenbett* wird es als Kräftigungsmittel sehr geschätzt. Es regt, worauf besonders hingewiesen werden soll, die *Milchsekretion* an; auch bei schwersten *Puerperal-Erkrankungen* ist das Sanatogen bestens angezeigt.

11. *Serravallo's China-Wein mit Eisen:* enthält die zwei kräftigenden Mittel China und Eisen gelöst und genau dosirt.

Indicirt: nach starken Blutverlusten; (bei Abortus etc.); bei Anæmie, Chlorose, bei anæmischen Schwangeren, bei Hyperemesis gravidarum, in der Reconvalescenz nach fieberhaften Wochenbetten etc.

12. *Dr. Theinhardt's lösliche Kindernahrung* stellt ein hellbraunes Pulver dar; Geruch und Geschmack erinnern etwas an Zwieback.

für Dr. Theinhardt's lösliche Kindernahrung.

Der Säugling erhält:

Monat.	Stündlich.	Fläschchen.	1 Fläschchen enthält: Kindernahrung.	1 Fläschchen enthält: Milch.	1 Fläschchen enthält: Wasser.	TAGESBEDARF: Kindernahrung.	TAGESBEDARF: Milch.	TAGESBEDARF: Wasser.	Wieviel Fläschchen täglich?
1.	$2^1/_2$ stdl.	1	$^1/_3$-$^1/_2$ Kaffeel.	2 Essl.	3 Essl.	3-4 Kaffeel. = 20-25 gr.	16 Essl. = ca. $^1/_4$ Liter	24 Essl. = ca. $^1/_3$ Liter	8
2.	$2^1/_2$ »	1	$^3/_4$ »	3 »	4 »	6 » = 40 »	24 » = » $^1/_3$ »	32 » = » $^1/_2$ »	8
3. u. 4.	$2^1/_2$ »	1	1-$1^1/_4$ »	5 »	5 »	7-9 » = 45-55 »	35 » = » $^1/_2$ »	35 » = » $^1/_2$ »	7
5. u. 6.	$2^1/_2$ »	1	$1^1/_2$-$1^3/_4$ »	7 »	5 »	10-12 » = 60-70 »	49 » = » $^3/_4$ »	35 » = » $^1/_2$ »	7
7.-9.	3 »	1	2-$2^1/_2$ »	11 »	4 »	12-15 » = 75-90 »	66 » = » 1 »	24 » = » $^1/_3$ »	6
10.-12	3 »	1	$2^1/_2$-$2^3/_4$ »	13 »	3 »	15-17 » = 90-100 »	78 » = » $1^1/_4$ »	18 » = » $^1/_4$ »	6

Vergleich der Analyse der Theinhardt'schen Kindernahrung mit jene der Frauenmilch:

Frauenmilch.		Dr. Theinhardt's Kindersuppe, i. i. gebrauchsfertige Lösung des Pulvers
87,02 %	Wasser	85,0 %
2,36 »	Eiweissstoffe	3,29 »
3,26 »	Fett	3,71 »
6,23 »	gelöste Kohlenhydrate	6,66 »
	Ungelöste Kohlenhydrate	0,66 »
	Cellulose	0.02 »
0,45 »	Salze	0,66 »

C. Instrumentelle Notizen.

Doc. Dr. O. Beuttner, Genf:

Ein neuer Tisch zur gynækologischen Diagnose und Massage in Beckenhochlagerung.

Une nouvelle table pour diagnostic et massage gynécologique dans la position déclive.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 4, pag. 245, 1903.)

Die gynækologische Diagnose in Beckenhochlagerung wie selbe von Prof. Freund zum ersten mal empfohlen worden war und *die gynækologische Massage* in Beckenhochlagerung, wie sie von Beuttner* als Erster methodisch angewandt und veröffentlicht worden war, entbehrten eines passenden Tisches, um die Patientinnen bequem in Beckenhochlagerung zu verbringen. Diesem Uebelstand will der neue Beuttner-sche Tisch abhelfen.

(Siehe Tafel IX, Nr. 1, 2. 3 und 4.)

Indem man die auf der linken Seite des Tisches befindliche Kurbel dreht, wird in der einfachsten Weise jede gewünschte Lage: *Beckenhoch- und Beckentieflagerung* hergestellt. Eine Grad-Einteilung auf der inneren Seite des linken Vorderfusses lässt jeder Zeit den erreichten Stand in Graden genau ablesen.

Das kleine Tischchen, am rechten Vorderfuss angebracht, kann als Instrumententischchen dienen; es kommt ihm aber noch eine eigen-

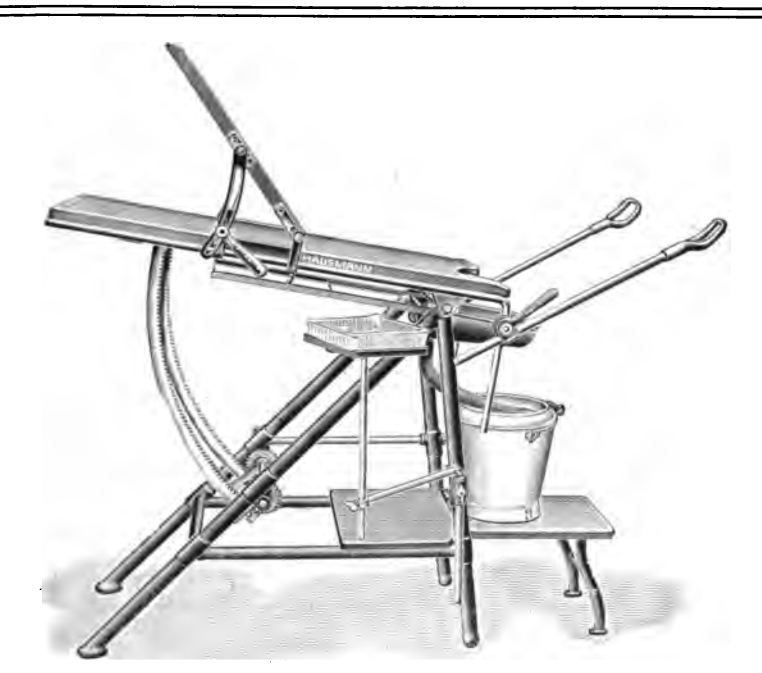
* *O. Beuttner:* Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive avec recherches critiques. Rev. méd. de la Suisse Romande. N° 4. 1898.

A.



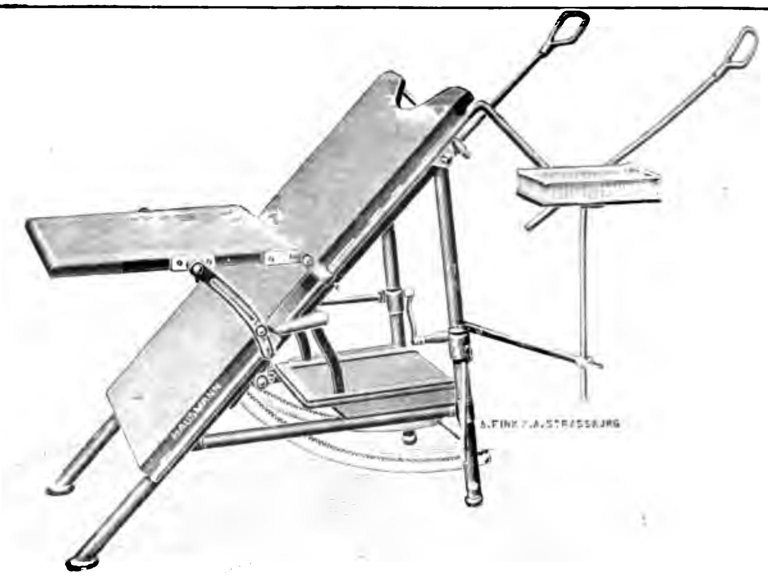
Gesetzl. geschützt.

Gynäkolog. Untersuchungs-Tisch nach Dr. Beuttner.
Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen. Nr. 1.



Gesetzl. geschützt.

Gynäkolog. Untersuchungs-Tisch nach Dr. Beuttner.
Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen. Nr. 2.



Gesetzl. geschützt.

Gynäkolog. Untersuchungs-Tisch nach Dr. Beuttner.

Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen. Nr. 3.



Gesetzl. geschützt.

Gynäkolog. Untersuchungs-Tisch nach Dr. Beuttner.

Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen. Nr. 4.

›ezielle Funktion bei der Beckenhochlagerung mit Belastungslagerung ›rmittelst Quecksilbercolpeurynter zu; bei der Belastung wird die atientin in Beckenhochlagerung verbracht, das Tischchen mit dem arauf sich befindenden Quecksilberbehälter über das Niveau der ›rderen Tischkante erhoben und das Quecksilber in die Vagina, d. h. ı den Colpeurynter einfliessen gelassen, nach beendigter Behandlung ird das Tischchen unter das Niveau der vorderen Tischkante gestellt nd indem die Patientin in Beckentieflagerung verbracht wird, das uecksilber wieder im Reservoir aufgefangen; dabei ist es von der grössen Wichtigkeit in jedem einzelnen Falle den Grad der Beckenhochgerung vermittelst des Gradmessers zu erfahren.

Der BEUTTNER'sche Tisch hat noch zwei weitere Vorteile: der Steiss eibt bei der Beckenhochlagerung auf selber Höhe, wie bei der Horintal- und Beckentieflagerung und die Oberschenkel behalten stets ihre nmal angenommene Lage zum Abdomen.

Der BEUTTNER'sche Tisch wird in folgenden Fällen mit Vorteil in nwendung kommen.

1. *Bei der gynækologischen Diagnose und Massage* (in Beckenhochgerung).

2. *Bei der Behandlung der chronischen entzündlichen Beckenaffektionen, ›rmittelst der Belastungslagerung von* PINKUS* *u. A.*

3. *Bei der Untersuchung der Blase und der Harnleiterkätheterisation* ıach PAWLICK und HOWARD KELLY).

Med. Prakt. LÉON MARTIN, Genf:

Infusions-Apparat nach Professor Sahli für bequemen Transport eingerichtet.

(Geschäftsbericht der Firma Schweizerisches Medizinal- und Sanitätsgeschäft Hausmann, A.-G., Nr. 5, 1903.)

L. MARTIN hat den SAHLI'schen Infusions-Apparat in der Weise modifiert, dass derselbe bequem transportiert werden kann.

Der Kochkolben, der mit nach unten gebogenen Glasröhren versehen

* *L. Pincus:* Zur Praxis der «Belastungslagerung». Sammlung klinischer Voräge v. R. v. Volkmann. Nr. 332 und: Eine neue Methode der Behandlung entzündher, namentlich exsudativer Beckenaffectionen, mittelst Belastungslagerung. Zeithrift für Geburtsh. und Gynæk. Band XXXIX, Heft 1.

ist, ruht in einem Metallbehälter. Auf dem Boden desselben steht die Glasflasche auf einer federnden Platte, damit beim Aufstellen des Apparates

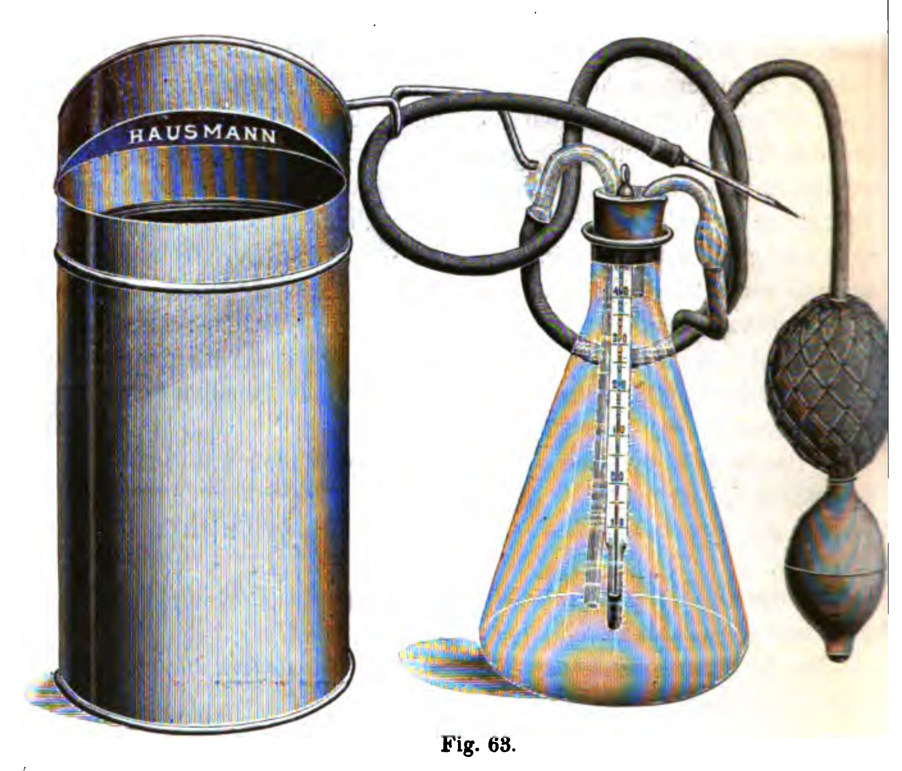


Fig. 63.

ein Zerbrechen des Gefässes nicht stattfinden kann. Von oben wird der Apparat in der Büchse durch eine Klammer gehalten.

Prof. Dr. A. Reverdin, Genf:

Instrumentelles auf gynækologisch-chirurgischem Gebiet.

(A. Reverdin'sche Instrumente.)

1. *Die* Reverdin'*sche Nadel.* (Aiguille à suture.) Diese hat in den Ländern lateinischer Zunge eine sehr grosse Verbreitung gefunden; um die Nadel einzufädeln, genügt es einen geringen Druck auf die « Handhabe » auszuüben, wodurch ein feines Züngchen an der Nadelspitze zurückweicht und den Faden eintreten lässt; mit Nachlassen des Druckes wird der Faden von selbst im Nadelöhr gesichert (Fig. 64).

Für die Fälle, in welchen wegen der Tiefe der zu vereinigenden Ge-
rebe das « Einfädeln » etwelche Schwierigkeiten haben könnte, hat
ꞁEVERDIN einen eigens hiezu konstruierten.

2. « *Fadenträger* » angegeben (Fig. 65) (Instrument en forme de fourche).

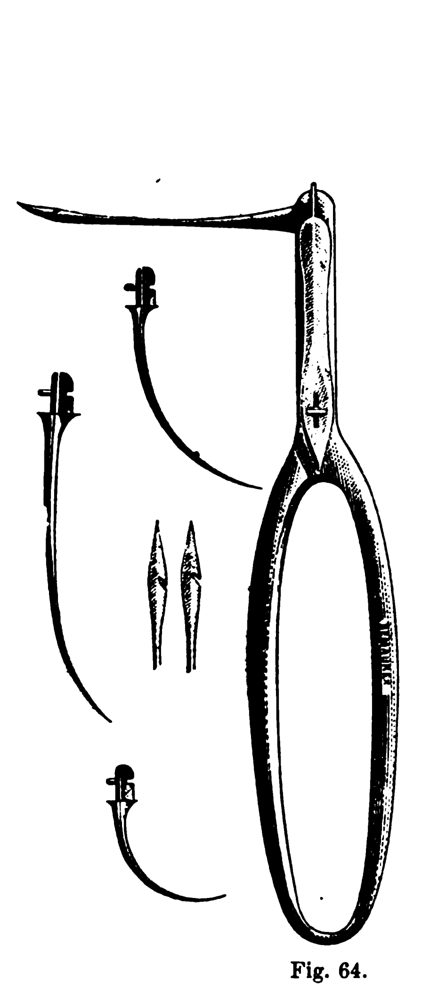


Fig. 64.



Fig. 65.

3. *Stumpfe Nadel mit zwei offenen Oehren.* (Aiguille mousse à deux has.) Diese Nadel dient dazu, in den gleichen Wundkanal zwei Fäden pplizieren zu können. In Fällen von Unterbindung von Stümpfen in mehreren Portionen leistet sie sehr gute Dienste. Die Anwendung ist folgende:

Nachdem man den Stumpf durchbohrt, legt man in das offene Oehr, das der « Handhabe » am nächsten liegt, einen Faden; dann zieht man soweit zurück, dass das eine Fadenende frei wird; nun wird das periphere

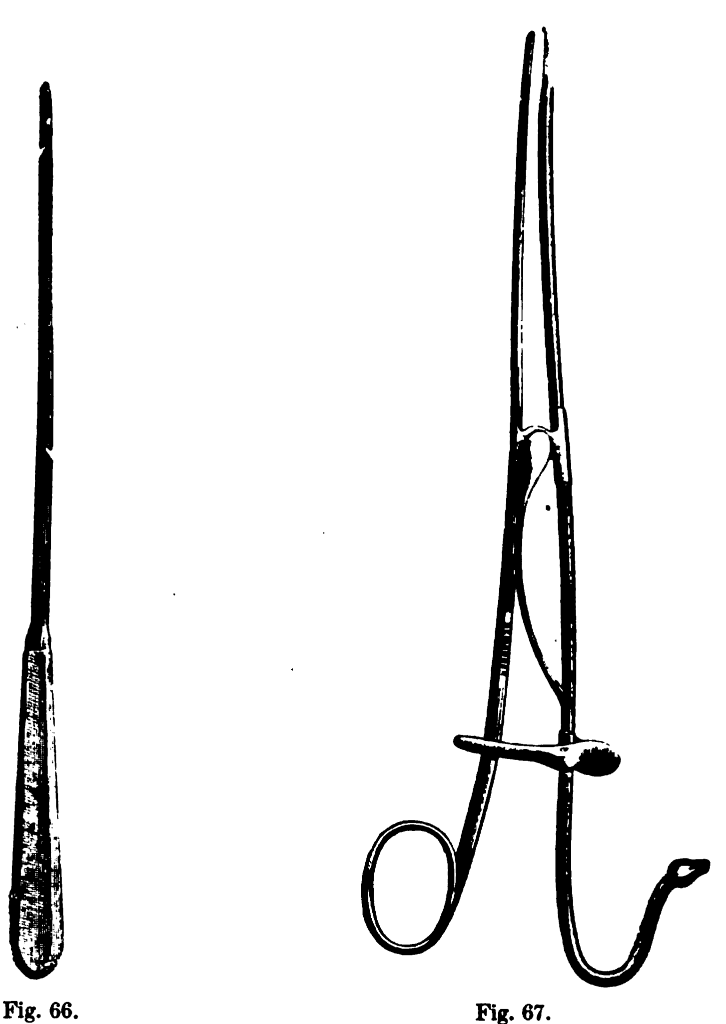


Fig. 66. Fig. 67.

offene Oehr mit einem Faden armiert und ebenfalls in schon beschriebener Weise vorgegangen (Fig. 66).

4. *Dilatirender Uteruskatheter.* (Dilatateur pour irrigation intra-utérine.) Der dilatierende Uteruskatheter gestattet eine eingehende

urchspühlung der Uterushöhle und sichert ein gutes Zurückfliessen
er Spühlflüssigkeit (Fig. 67).

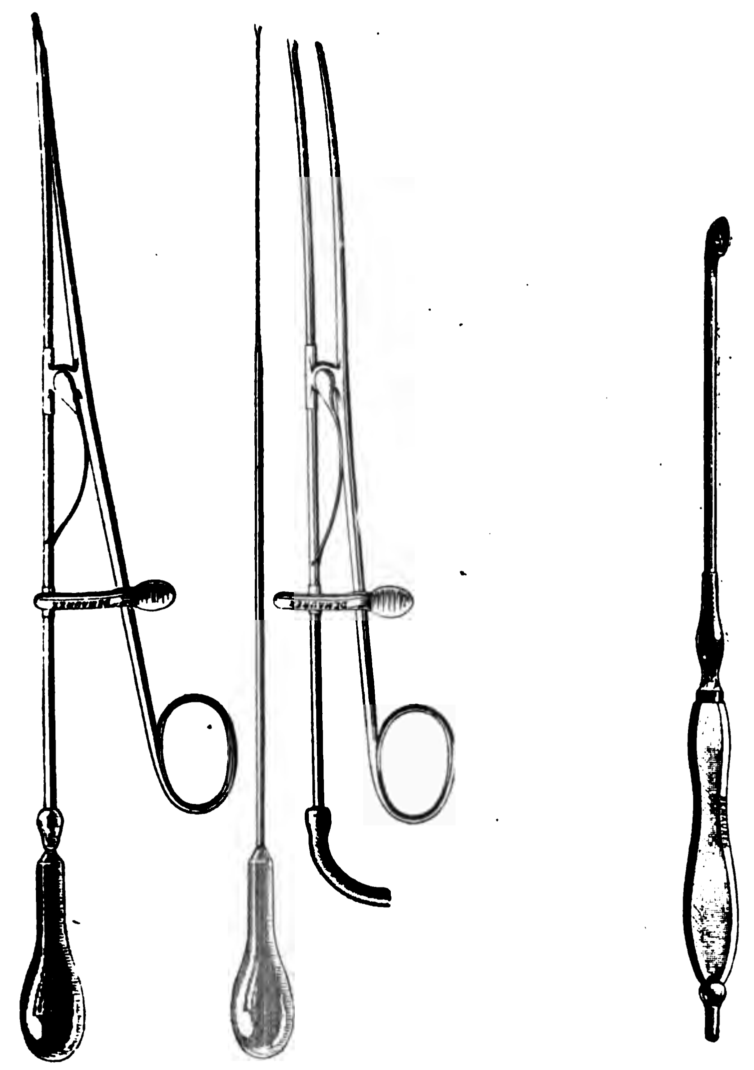


Fig. 68. Fig. 69.

5. *Dilatierender Trocart für periuterine Exsudate.* (Dilatateur-Trocart
ur collections péri-utérines.)

Nachdem auf dem proeminentesten Punkte der Exsudat-Ansammlung

eingestochen, zieht man den feinen Stilet zurück, dehnt die « Abscess-höhle » und wascht zum Schlusse letztere aus (Fig. 68).

6. *Irrigations-Curette.* (Curette tubulée.) Findet bei Curettage Anwendung. Bei jedem Zug, den die Curette « in utero » ausführt, wird das Wundgebiet antiseptisch berieselt (Fig. 69).

7. *Uterusfixationszange.* (Pince pour l'abaissement de la matrice.)

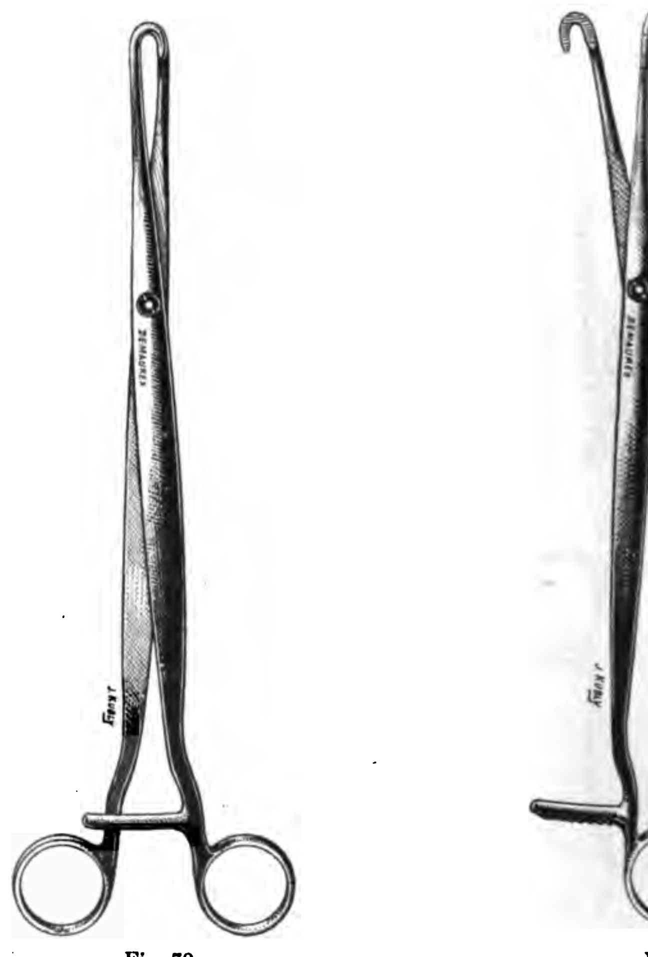


Fig. 70. Fig. 71.

Diese Fixationszange findet nur Anwendung bei kurzem und leicht zerreisslichem Collum; sie wird zuerst geschlossen (Fig. 70) in den Cervicalkanal eingeführt und dann gespreizt (Fig. 71).

8. ***Reverdin'sche Ovarialzangen.*** **(Pinces en cœur pour l'ovariotomie).**
Nach Incision von Ovarialcysten, werden die Wandungen vorzüglich it der *Reverdin'schen* Ovarialzange gefasst und ausserhalb des Abdoens gezogen (Fig. 72).

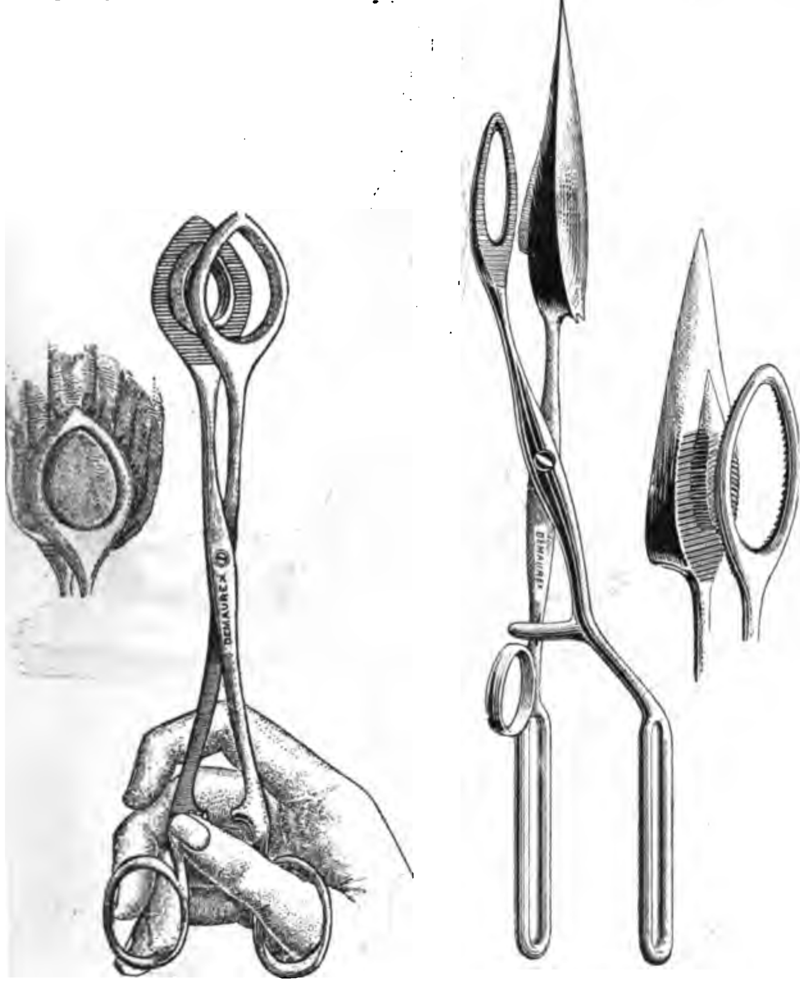


Fig. 72. **Fig. 73.**

9. ***Trocart-Ovarialzange.*** **(Pince-Trocart pour l'ovariotomie.)**
Es handelt sich um eine Modifikation des vorhergehenden Instrumentes, e erlaubt, die Punktion und das Ergreifen der Cystenwand in einem nzigen Akte auszuführen; auch wird der Cystenflüssigkeit durch eine

Aushöhlung des männlichen Zangenblattes eine bestimmte Richtung gegeben. (Fig. 73).

10. *Ueber die Suspension in der Gynæcologie* *. (De la suspension en gynécologie.)



Fig. 74.

Suspension für vaginale Eingriffe.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica* I. pag. 49: Prof. A. Reverdin: « Ueber Traktion am fibromatösen Uterus im Verlaufe von totalen abdominalen Hysterectomien ».

Gynæcologia Helvetica III. pag. 227: Prof. A. Reverdin: « Uterusfibrom » (mit einer Abbildung).

Es handelt sich eigentlich hier nicht um ein Instrument, sondern um ne Methode. Reverdin war einer der ersten und eifrigsten Verteidiger

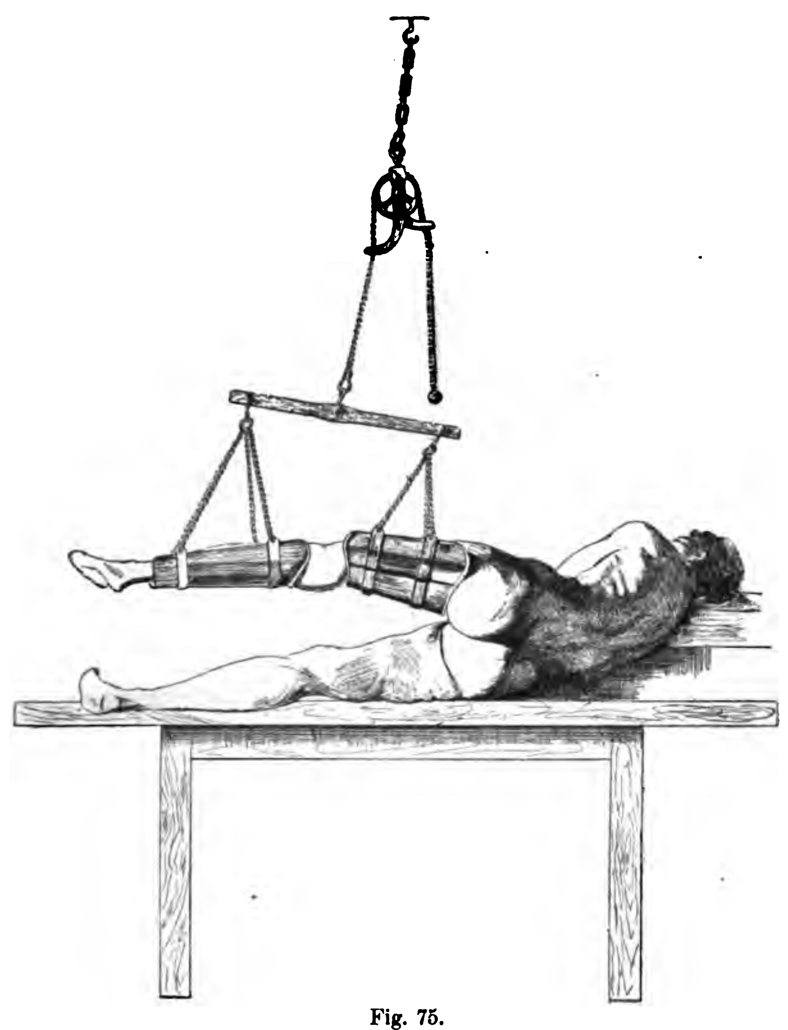


Fig. 75.

Suspension zur Ausführung der Kraske'schen Uterus-Exstirpation etc.

ler abdominalen Exstirpation des Uterus wegen Tumorbildung. Um nun das oft enorme Gewicht von Fibromen quasi auszuschalten, hat Reverdin seinen *Suspensionsapparat* erfunden (Fig. 74, 75 und 76), sowie grössere

und kleinere Klemmzangen (Fig. 77), um die Geschwülste bequem fas-
zu können.

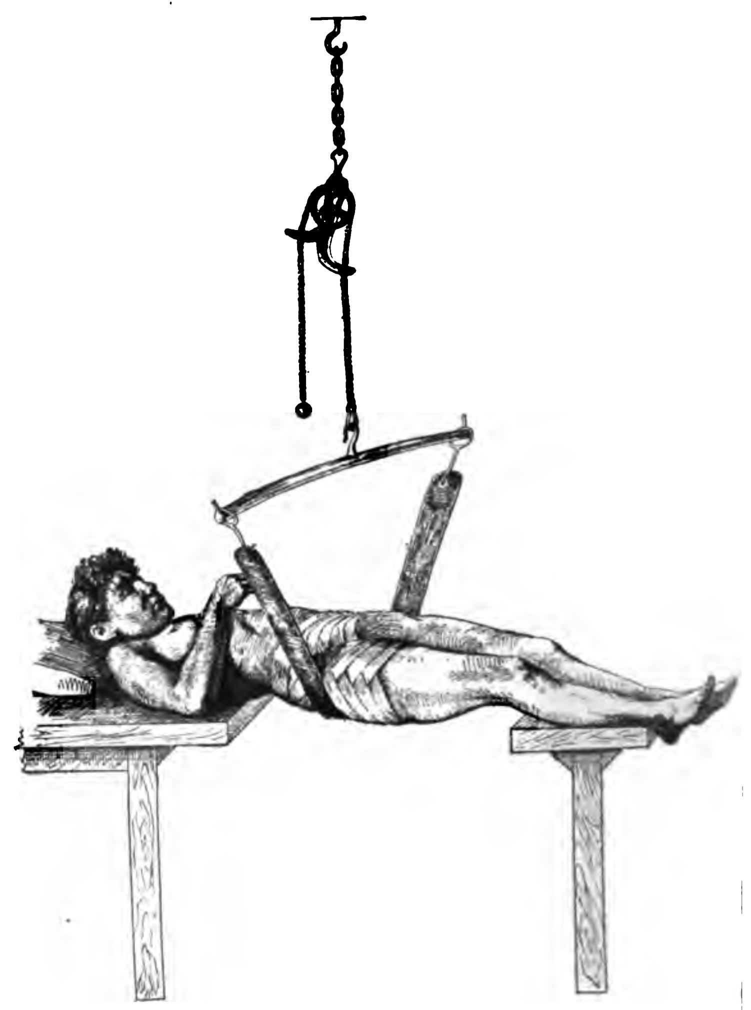


Fig. 76.

Suspension zur Application des Verbandes.

11. *Der Treppen-Sitz.* (Siège-escalier.) u. Operationstisch v. Rev[illegible]
Dieser dient zur Stütze der Unter-Extremitäten der Patientin. [illegible]
Vorderarmen des Chirurgen, sowie einer Caoutchouc-Vorlage, die der
Operierenden unter das Gesäss geschoben wird (Fig. 74 und 78).

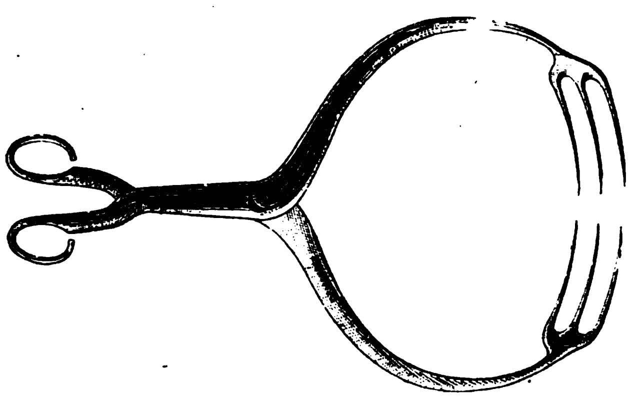


Fig. 77.

Fig. 78.

12. *Gynæcologische Seife.* (Savon gynécologique.)

Reverdin hat sich nach eigener Formel (siehe Gyn. Helv. III, pag. 25 eine chirurgische Seife herstellen lassen; indem er dieser eine conisch Form gab, fand sie Anwendung zur bequemen Desinfection der Vagina (Fig. 79.)

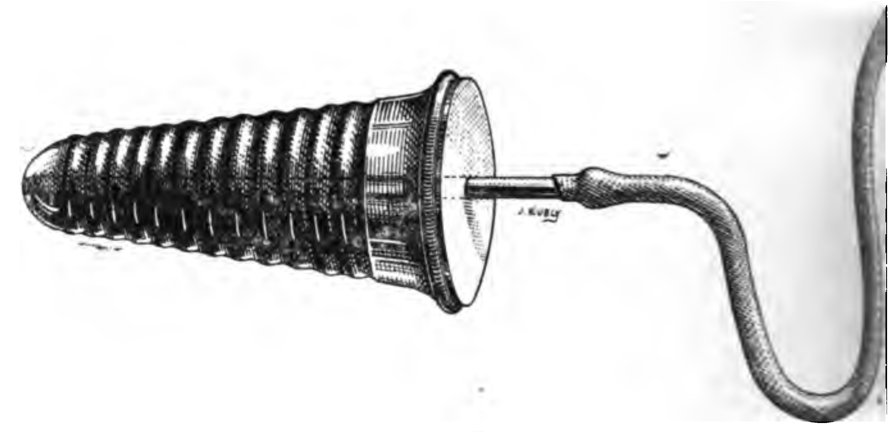


Fig. 79.

13. *Modificiertes Cusco'sches Speculum.*

Reverdin verwendet zur Spreitzung kein Gewinde, sondern einfach ein Stück Schlauch (Fig. 80).



Fig. 80.

Doc. Dr. R. de Seigneux, Genf:

Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales und des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt.

Ein neuer Uterusdilatator für geburtshülfliche und gynækologische Zwecke.

(Archiv für Gynækologie, Bd. 70, H. 3.)

IV. Para; vor einer Stunde ziemlich profuse Blutung. I. Schädellage; keine Herztöne, keine Kindsbewegungen. Portio erhalten, stark wulstig und gut für 2 Finger durchgängig. Kopf beweglich im Beckeneingang. Blase gesprungen. Nirgends Placentargewebe. Blutung steht.

Diagnose: Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Tod des Kindes.

In leichter Cloroformnarkose wurde der *Bossi*'sche Dilatator eingeführt. Bei der langsamen und gleichmässigen Dilatation trat keine Blutung auf. In 25 Minuten war die Cervix « ad maximum » erweitert. Leichte Zange und Entwicklung eines ziemlich grossen Kindes. Wochenbett fieberfrei.

Diese erste Erfahrung hatte de Seigneux auf gewisse Nachteile des Bossi'schen Instrumentes aufmerksam gemacht. Das Fehlen einer eigentlichen Beckenkrümmung ist der grösste Fehler des Bossi'schen Dilatators.

de Seigneux entschloss sich einen neuen Dilatator konstruiren zu lassen; dieser sollte folgenden Forderungen gerecht werden:

1. Das Instrument sollte die Erweiterung womöglich parallel der Beckeneingangsebene erfolgen lassen, damit die Dilatation der Cervix und des Muttermundes möglichst den Modus nachahmen könne, den die Eröffnung bei dem natürlichen Geburtsvorgange befolgt.

2. Das Instrument sollte allen Ansprüchen der modernen Chirurgie genügen. Es sollte sich leicht reinigen und sterilisieren lassen. Es sollte möglichst bequem zu handhaben sein.

3. Die Schutzkappen sollten wegfallen.

Wie auf Tafel X, A, ersichtlich ist, besteht der de Seigneux'*sche Dilatator* aus einem handlichen Griffe, in dessen Inneren der Ausdehnungsmechanismus ruht und vier beweglichen Branchen, die an ihrem Ende winkelig nach oben abgebogen sind.

Der Griff ist zerlegbar und gestattet die rasche Freimachung aller Branchen und Schrauben und damit auch eine vollständige Asepsis des ganzen Instrumentes.

Sämtliche Branchen bewegen sich in Ebenen, die parallel zur Läng-axe des Instrumentes sind. Sie sind leicht auswechselbar und könn daher an dem gleichen Griff, je nach Bedürfnis, Branchen mit ver-schieden gestalteten und im beliebigem Winkel abgebogenen Spitz angebracht werden.

Die eröffnenden Spitzen bilden im geschlossenen Zustande einen meh oder weniger langen und breiten vierteiligen Stift, der in den Mutter-mund eingeführt wird und der, Zwecks der Verhinderung des Ab-gleitens, in geeigneter Form nach aussen gerieft, bezw. mit den nötig Einkerbungen versehen ist. Drei dieser Spitzen tragen an ihrem äusser untersten Teile kleine Vorsprünge, um das Hineingleiten des Instru-mentes in die Uterushöhle zu verhindern.

Bei der Eröffnung bewegen sich die Spitzen gleichmässig vom Cent-rum fort und beschreiben einen Kreis, dessen Durchmesser vollständi parallel mit der Längsaxe des Instrumentes verläuft.

Die wichtigsten Vorteile dieses Dilatators sind nun folgende:

1. Die eröffnenden Spitzen der 4 beweglichen Branchen können nach Bedarf in jeder Form, Länge und Breite, sowie in jedem beliebig Winkel zur Längsaxe des Instrumentes hergestellt werden.

2. An dem gleichen Griffe können leicht verschieden konstruier Branchen angebracht und ausgewechselt werden.

3. Dadurch, dass der Ausdehnungskreis der eröffnenden Spitzen paral mit der Längsaxe des Instrumentes verläuft, wird die Erweiterung de Muttermundes in seiner natürlichen Lage und ohne die geringste Dis-location ermöglicht.

4. Der Griff ist auch, während der Operation und während das Instru-ment geöffnet ist, rasch abnehmbar, und können dadurch alle Branch rasch lose gemacht und einzeln für sich leicht entfernt werden. Das Instrument muss also zum Zwecke der Herausnahme aus der Körper-höhle nicht zuerst geschlossen werden, sondern es zerfällt durch die Demontierung des Griffes in seine einzelnen Teile, die dadurch, falls sich der Kopf zwischen die Spitzen einklemmen würde, für seine Ent-fernung nicht das geringste Hindernis bilden.

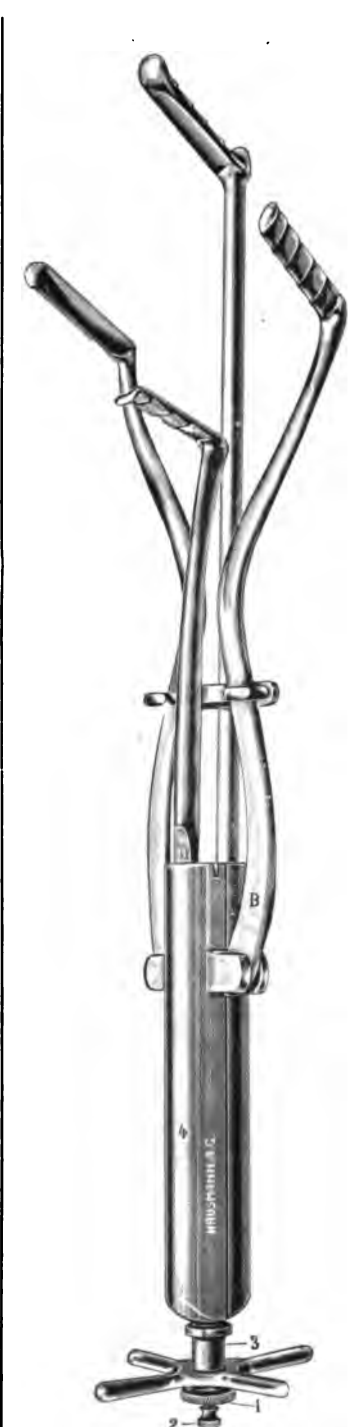
5. Mit dünnen Spitzen versehen, kann das Instrument ebenfalls für gynækologische Zwecke dienen.

Aus 7 mitgeteilten weiteren Fällen geht hervor, dass es mit Hülfe d DE SEIGNEUX'*schen Dilatators* möglich gewesen ist, ohne Narkose, oh Schmerzen und ohne Gefahr, die Erweiterung des Muttermundes



Uterus-Dilatator nach Dr. de Seigneux.
Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen.

Patent in den meisten Kulturstaaten.



Uterus-Dilatator nach Dr. de Seigneux.
Konstruiert von Hausmann A.-G., St. Gallen.

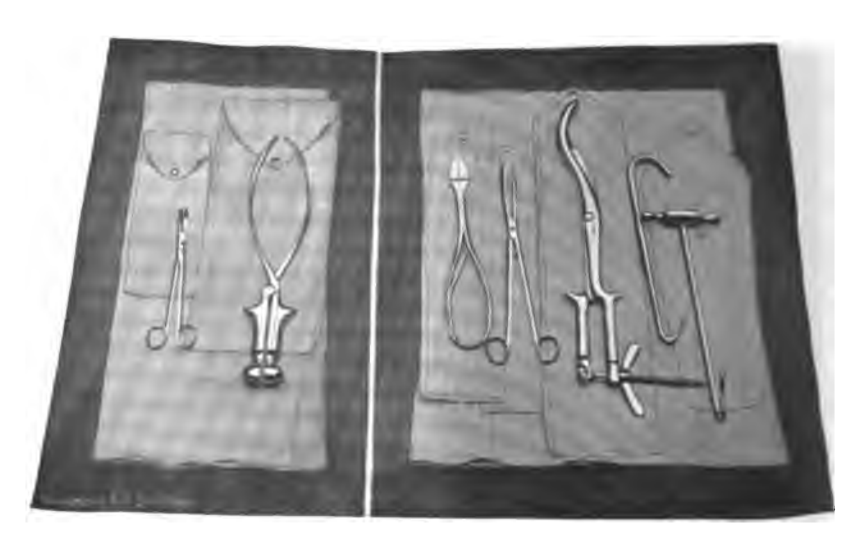
Patent in den meisten Kulturstaaten.



Gesetzl. geschützt.

Geburts-Tasche nach Dr. de Seigneux.

Zusammengestellt von Hausmann A.-G., St. Gallen.



Gesetzl. geschützt.

Geburts-Tasche nach Dr. de Seigneux.

Zusammengestellt von Hausmann A.-G., St. Gallen.

t zu erzielen, dass man im Falle der Not die künstliche Entbindung te anschliessen können,

ndikationen zur Applikation des de Seigneux'*schen Dilatators:*

. Bei Schwangeren darf das Instrument *nicht* ohne eine strikte Indiion angewendet werden.

. Dringende Fälle ausgenommen, soll das Instrument nur bei Geenden angewendet werden und zwar nur da, wo die Portio schon *ständig* verstrichen ist.

Doc. Dr. R. de Seigneux, Genf:

Neue geburtshilfliche Tasche.

(Zentralblatt für Gyn., Nr. 42, pag, 1240, 1903)

Une nouvelle trousse d'obstétrique.

(Revue Médicale de la Suisse romande, n° 9, pag. 607, 1903.)

Bei Prüfung der im Handel erschienenen Modelle geburtshilflicher chen ergibt sich im allgemeinen, dass diese entweder nicht ganz den forderungen der Asepsis entsprechen. oder dass sie zu schwer, zu komiert und zu teuer sind.

e Seigneux hat daher gesucht, diesen Uebelständen abzuhelfen und lt als *Hauptbedingung* die Forderung auf, *dass die Tasche die schon elrecht sterilisierten, also in vollständig gebrauchsfertigem Zustande ndlichen Instrumente enthalte.*

Das Sanitätsgeschäft F. Hausmann in St. Gallen stellte nun auf Anhen von Dr. de Seigneux die grössere Rapin-Tasche so zusammen, s die Instrumente gruppenweise geordnet sind. Jedes einzelne Inument liegt in einem besonderen Leinwandtäschchen. Alle zu einer neinsamen Gruppe gehörigen Täschchen werden dann mit einem fei- leinenen Tuch umhüllt, welches mit Sicherheitsnadeln festgesteckt d. Die derartig geordneten Gruppen werden in einem Autoklaven stesiert, oder auch in einen einfachen Sterilisator gelegt und unter Zuz einer Boraxpastille (ebenfalls von F. Hausmann fabrizirt) von 20 gr. Liter gekocht. Nach vollendeter Sterilisation nimmt man die diver-

sen Pakete heraus und legt sie, nachdem sie etwas abgelaufen sind, sar der Umhüllung auf den Kochherd zum Trocknen. (Siehe Tafel X B.)

Nachdem die Instrumente vollständig getrocknet sind, wird jedes ei Gruppe bildende Paket mit einem Stück Paragummistoff umhüllt u durch ein breites Gummiband zusammengehalten.

Zum Schlusse werden die Instrumente, in den verschiedenen Grupp placirt, aufgeführt.

VIII.

Ausländische Litteratur.

Prof. F. Ahlfeld, Marburg.

I. **Lehrbuch der Geburtshilfe zur wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung für Aerzte und Studierende.**

Dritte umgearbeitete Auflage, mit 462 Abbildungen und 17 Curventafeln im Text.

Verlag von Fr. Wilh. Grunow, Leipzig, 1903.

Prof. E. Bumm, Halle.

II. **Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.**

In 28 Vorlesungen und 578 bildlichen Darstellungen.

Zweite verbesserte Auflage.

Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.

Prof. M. Runge, Göttingen.

III. **Lehrbuch der Geburtshilfe.**

Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Siebente Auflage.

Verlag von J. Springer, Berlin, 1903.

Prof. P. Zweifel, Leipzig.

IV. **Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studierende.**

Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage, mit 237 teils farbigen Abbildungen im Text.

Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1903.

Prof F. von Winkel.

V. Handbuch der Geburtshilfe.

In 3 Bänden herausgegeben. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf Tafeln.

Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.

Deutscher Fleiss und deutsche Gründlichkeit sind noch kein leerer Wahn!

In ein und demselben Jahre 4 Neuauflagen vorzüglicher Lehrbücher und als Abschluss einer an Arbeit und Streben äusserst aktiven Periode noch ein Handbuch der Geburtshilfe, das genügt, um zu beweisen, wie glücklich die Arbeitsteilung getroffen worden ist.

Gynækologie und Geburtshilfe gehören unter das gleiche Scepter! Das Studium der beiden Disciplinen zusammen schliesst ein gründliches Wissen dieser nicht nur nicht aus, sondern begünstigt es in hohem Masse.

Die Herausgeber der vorliegenden Bücher sind nicht nur als tüchtige Geburtshelfer, sondern als ebenso hervorragende Gynækologen bekannt. ihre Werke sind daher von einem sehr erhabenen Standpunkte geschrieben, zur Ehre unserer Wissenschaft, der Gynækologie im weitesten Sinne des Wortes und zum Wohl der uns anvertrauten Frauen.

I. F. Ahlfeld. Das *Ahlfeld'sche Lehrbuch* hat einen ausgesprochen subjektiven Charakter, was durch die Berücksichtigung einer grossen Zahl von Separatarbeiten aus der *Marburger-Entbindungsanstalt* erklärlich wird.

Ahlfeld will an Hand seines vorzüglichen Lehrbuches den Anfänger in die Geburtshilfe einführen; er will dem praktischen Arzt ein gewissenhafter Ratgeber in schwierigen Geburtsfällen sein, indem er ihm die Ueberzeugung beizubringen sucht, dass die neuerdings sich immer mehr ausbreitende Operationslust auf dem Gebiete der Geburtshilfe minder günstige Erfolge bringt, als alte bewährte Methoden, bei denen man auf die natürlichen Vorgänge und Kräfte baut und endlich will Ahlfeld dem wissenschaftlich weiter arbeitenden Spezialisten behilflich sein. wichtige Tagesfragen an der Hand des kritisch gesichteten Materials der Publikationen bis auf die neueste Zeit zu verfolgen.

Der Leser wird aus diesem eben mitgeteilten kurzen Programm leicht erraten können, welcher Unsumme von Tatsachen und Anregungen

er durch die Lektüre des vorliegenden Jahrbuches teilhaftig werden kann.

Druck, Illustration und *Einband* sind gleich vorzüglich und dabei der Preis **ein sehr niedriger.** 757 Seiten. Preis: 12 fr.

II. E. **Bumm.** Der ***Bumm'sche Grundriss zum*** *Studium der Geburtshilfe* ist, wie wir schon früher **gesagt (Gyn. Helv. III pag. 259), wohl das** schönste Werk, das je über praktische Geburtshilfe **geschrieben und *illustriert*** worden ist.

Der Text, in Form von Vorlesungen abgefasst, ist äusserst klar und leicht verständlich; die hervorragende Stellung aber, die der Grundriss seit seinem ersten Erscheinen eingenommen, verdankt er seiner sehr reichen und künstlerischen Illustration. Bumm hat auf Grund genauer Messungen mit Tasterzirkel und Bandmaass im Laufe der Jahre viele Hunderte von Zeichnungen nach der Natur aufgenommen, denen ein junger *Basler* Künstler, Albrecht Mayer, in mehrjähriger Arbeit, durch seine Aktzeichnungen, die nötige Lebenswahrheit gegeben; jeder Vorlesung ist eine kurze Zusammenstellung der Litteratur angefügt.

Ich denke, wenn Bumm's Landsleute mit Recht stolz auf das vorliegende Opus sind, so wird man uns Schweizern es zu gute halten, wenn auch wir unsern Anteil an diesem Stolz reklamieren; haben wir doch das gute Glück gehabt, während mehrerer Jahre Prof. Bumm unter uns zu haben, Jahre, während welcher wohl die Grundsteine zu dem Grundriss gelegt worden sind. Die ganze Ausstattung ist eine dem Opus würdige.

783 Seiten in Gross-Format. Preis: 19 fr. 50.

III. M. **Runge.** Das *Runge'sche Lehrbuch der Geburtshilfe* verfolgt in erster Linie den Lehrzweck. Es hat sich zur Aufgabe gestellt, die Lehren und Forschungsergebnisse der wissenschaftlichen Geburtshilfe, welche in den allgemeinen Besitz der Fachgenossen übergegangen sind, in gedrängter Kürze und schlichter Form zu geben. Die bei der ersten Auflage gültigen Grundsätze wurden auch bei allen Neuauflagen strenge innegehalten. So haben wir denn in der 7-ten, ca. 600 Seiten starken Neubearbeitung ein äusserst klar geschriebenes Lehrbuch vor uns, das die Diskussion streitiger Meinungen auf ein möglichst geringes Maass beschränkt und so dem Studenten nur das bietet, was als das Beste allgemein anerkannt wird. 124 gute Abbildungen kommen dem Verständnis wesentlich zu Hilfe.

Papier und Druck vorzüglich und der *Einband sehr geschmackvoll*. Ich bin stets der Ansicht gewesen, dass der Einband eines Buches eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt; ist er gefällig gearbeitet, wie dies bei RUNGE der Fall ist, dann gewinnen wir das Buch sofort lieb und es ist uns stets eine Freude, darin zu lesen. Preis: 13 fr. 15.

IV. F. Zweifel. Ein stattlicher Band von rund 600 Seiten, erscheint völlig umgearbeitet, zum fünftenmal, das bestens bekannte «*Lehrbuch der Geburtshilfe*» *von Zweifel.*

Der Autor versucht den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft den Lesern in gedrängtester Form und doch so vollständig wiederzugeben, dass diese nicht nur eine Einleitung in das Studium, sondern auch einen ausreichenden Ratgeber im praktischen Leben draussen besitzen.

Die Beziehungen der Geburtshilfe zur Gesammtmedizin sind überall, wo sich die Gelegenheit dazu bot, eingehend gewürdigt worden. Um einem eingehenderen Studium und den Promotionsarbeiten gerecht zu werden, sind die nötigen Litteraturangaben angeführt worden.

Jeder grössere Abschnitt schliesst mit einer «*Inhaltsübersicht*», die dem Studenten, wie dem praktischen Arzt und dem Geburtshelfer von Fach, sehr zu statten kommen.

Das deutliche Hervortretenlassen des Inhaltes einer jeden Seite, durch eine in die Augen fallende Titelangabe, erleichtert ganz wesentlich das Studium des *Zweifel'*schen Lehrbuches. Im Kapitel «Embryotomie» finden wir eine genaue Beschreibung und Illustrierung der Dekapitation vermittelst des von *Zweifel* angegebenen *Trachelorhekters.*

Dass die Ausstattung des ganzen Werkes eine den höchsten Anforderungen entsprechende ist, dafür hat die bekannte Verlagsbuchhandlung bestens gesorgt. Preis brochiert: 21 fr. 35.

V. F. v. Winkel. Die Menge der Publikationen, selbst rein geburtshülflicher Arbeiten, ist bereits eine so grosse, dass der Einzelne sie kaum noch zu bewältigen vermag; die Lehrbücher können die Originale nicht einmal mehr citieren, Journale höchstens kurze Auszüge derselben geben.

Da nun seit dem von *P. Müller* im Jahre 1888 im Verlage von *F. Enke* herausgegebenen Handbuch keine neue Auflage mehr erschienen ist, die Wissenschaft aber mächtige Fortschritte zu verzeichnen hat, so schien *F. v. Winkel* der Moment gekommen, einmal wieder zur Samm-

lung zu blasen. Wir sind ihm alle dafür sehr dankbar, ihm und seinen 33 Mitarbeitern, unter denen sich auch Schweizer * finden, was wir ohne Selbstüberhebung, aber doch im Gefühle innerer Befriedigung, constatieren wollen.

Vorderhand liegt der erste Band vor, der in zwei Hälften zerfällt, wovon die erste Hälfte 657 Seiten und die zweite Hälfte 644 Seiten umfasst. Abgehandelt werden auf den 1301 vorliegenden Seiten die *Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft und der Geburt.* Preis: I. Bd. I. Hälfte: 18 fr. 15; II. Hälfte: 19 fr. 20.

Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynækologie.

Festschrift
gewidmet Otto Engström, zur Feier seines fünfzigsten Geburtstages,
am 30. März 1903.
(Verlag von S. Karger, Berlin, 1903).

12 frühere und jetzige Assistenten und Schüler haben es sich nicht nehmen lassen, ihrem Lehrer und Freund, zum 50. Geburtstage, einen 604 Seiten starken Band wissenschaftlicher Arbeiten darzubringen, der mit einem vorzüglichen Bilde des allgemein beliebten und hochgeachteten Gynæcologen von Helsingfors geschmückt ist.

Folgende Themata werden behandelt:

1. Dr. O. A. Boijie: *Ueber Appendicitis während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* **.

Die in der Litteratur sich vorfindenden Fälle (76) werden zusammengetragen, um ein klinisches Bild des Verlaufes der bisher veröffentlichten Fälle zu geben; daran werden die *Engström*'schen Beobachtungen angeschlossen:

6 Fälle, wo nach radical operierter Appendicitis Schwangerschaft ein-

* Den Anteil, den Schweizer-Gynækologen an der Bearbeitung der bis jetzt erschienenen Abschnitte des vorliegenden Handbuches genommen, wird man aus den Angaben im Abschnitt: « *Verschiedenes* » entnehmen. pag. 290.

** Siehe diesen Jahrgang: Ausländische Litteratur: Dr. Otfried Otto Fellner: « Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett », pag. 107. Das Kapitel III: *Appendicitis.*

getreten ist, und 12 Fälle, wo vor der Schwangerschaft eine Appendicitis klinisch diagnosticiert wurde.

Das Litteraturverzeichnis führt 46 Arbeiten auf, davon stammen 4 von Schweizer-Aerzten:

P. MÜLLER: Die Krankheiten des weiblichen Körpers. 1888. S. 110.

KRAFFT: Operation der Appendicitis während der Schwangerschaft. Revue Médicale de la Suisse Romande. Nr. 12. 1893.

MURET: Dito. (Diskussions-Bemerkungen: 2 Fälle).

R. KÖNIG: Appendicitis und Geburtshülfe. Beiträg zur Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. III. Heft 1. 1900.

2. Prof. ELIS ESSEN-MÖLLER, in Lund: *Sechs Kaiserschnitte, nebst Bemerkungen über die Stellung der Sänger'schen Operation zu der Porro'schen.*

Da der klassische Kaiserschnitt an Sicherheit und Erfolg der Porro-Operation nicht nachsteht, so ist er als die Normalmethode anzusehen, die nur in bestimmt contraindicierten Fällen durch die *Porro-Operation* zu ersetzen ist.

3. Dr. HUGO FORSSELL: *Neue Erfahrungen über Totalexstirpation der Gebärmutter und Resektion der Scheide wegen schweren Prolapses bei alten Frauen.*

4. ROB. ELMGREN: *Ueber operative Befestigung der Wanderniere. Experiment. und klinische Studien.*

5. HANNA CHRISTER-NILSSON: *Fall von puerperaler Scheidenatresie.*

6. ALBERT SUNDHOLM: *Beiträge zur Frage der Anwendung des Netzes in der Bauchchirurgie.*

7. EDWIN HANSON: *3 Fälle von Schwangerschaft bei hochgradiger Hypertrophie des Collum uteri.*

8. GEO BJÖRKQVIST: *Ueber Carcinom der Clitoris.*

9. OSSIAN HELLSTEN: *2 Fälle von Emphysem der Bauchwand nach Laparotomie.*

10. WALTER SIPILA: *Weitere 4 Fälle von Angiom der Urethra.*

11. WALTER PARVIAINEN: *Zur Kenntnis der praesenilen Atrophie der weibl. Genitalien.*

12. REGUEL LÖFQVIST: *Zur Pathologie der Mucosa corporis uteri.*

Es handelt sich um eine 237 Seiten starke Monographie, die auf 100 persönlichen, sehr gewissenhaft untersuchten Fällen basiert. Ein detailliertes Litteraturverzeichnis, sowie 12 mikrophotographische Abbildungen sind beigegeben. Preis: 27 fr. 50.

Dr. Karl Abel, Berlin:

Vaginale und abdominale Operationen.

Klinischer Beitrag zur modernen Gynækologie.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1903.)

Nach einführenden Worten und einer Besprechung der « *Allgemeinen Indicationen zur Operation* » werden der Reihe nach folgende Themata abgehandelt: *Laparotomien: a)* wegen Neubildungen an den Adnexen; *b)* wegen entzündlicher Adnexerkrankungen; *c)* wegen Tubengravidität und *d)* wegen diverser Erkrankungen (Echinokokkus, Carcinoma ovarii sinistri, Tuberkulose der Genitalien, Uterus accessorius, etc.)

Jedes Kapitel schliesst mit einer *kritischen Besprechung der betreffenden Operationen.*

Weiter folgt die Besprechung der *vaginalen Koeliotomien: a)* wegen Retroflexio uteri; *b)* wegen Ovarialerkrankungen; *c)* wegen entzündlicher Erkrankungen der Adnexe; *d)* wegen Prolaps.

Auch hier stets eine kritische Besprechung der empfohlenen Operationen und ein Vergleich zwischen vaginalen und abdaminalen Operationen.

Den Schluss bildet ein Kapitel über *Myomotomie.*

Abel hat in dem 180 Seiten starken Opus seine nicht geringen persönlichen Erfahrungen mit der ihm nicht abzusprechenden Competenz niedergelegt. 11 Abbildungen im Text. Preis: 8 fr.

Prof. Dr. Heinrich Bayer, Strassburg:

Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe *.

I. Band. Heft II.

Das Becken und seine Anomalien.

Mit 12 Tafeln in Lichtdruck und 54 Abbildungen im Text.

(Verlag von Schlesier und Schweikhardt, Strassburg i. E., 1903.)

Wir haben bereits im III. Jahrgang der *Gynæcologia Helvetica* auf Seite 258 die Gelegenheit ergriffen, das erstklassige Werk von Bayer bestens zu empfehlen.

* Im Verlage von Schlesier und Schweikhardt ist jüngst des weiteren erschienen: Prof. Dr. H. Bayer: « Befruchtung und Geschlechtsbildung ».



Das zweite Heft kann den vorzüglichen Eindruck, den das erste Heft hinterlassen, gewiss nur befestigen.

Es werden in 6 Vorlesungen folgende Themata abgehandelt:

Phylogenetische und ontogenetische Entwicklung des Beckens. Das Becken des Neugeborenen.

Das ausgewachsene Becken und die postfoetale Umbildung.

Die Statik und Dynamik des Beckens und seine trajektorielle Struktur.

Pathologische Beckenformen.

Die Illustration ist eine ungewöhnlich reiche! Druck und Papier, dem gediegenen Inhalt entsprechend, vorzüglich. Preis des zweiten Heftes: 13 fr. 35.

Prof. Dr. August Bier, Greifswald:

Hyperämie als Heilmittel.

(Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig, 1903,)

Es handelt sich, wie bei Bier kaum anders zu erwarten, um etwas Originelles. Die Einleitung bringt ein grosses Stück Philosophie, das derjenige Arzt, der mehr auf seine Medikamente als auf die Zweckmässigkeit der natürlichen Heilungsvorgänge hält, mit grossem Nutzen für sich und seine leidenden Mitmenschen lesen wird.

Bier huldigt den teleologischen Weltanschauungen; bei allen Vorgängen, die beim Menschen in gesunden und kranken Tagen beobachtet werden, fragt er sich: « warum treten dieselben ein und zu welchem Zwecke dienen sie dem Organismus? »

Kein Wunder, dass er sich die Hyperæmie, die bei allen wichtigen Lebenserscheinungen in Szene tritt, zu Nutzen zu machen sucht.

Die interessante Arbeit ist nicht für den Chirurgen, oder den internen Mediciner oder sonst für irgend einen Spezialisten geschrieben, sie ist für den denkenden Arzt und Naturforscher verfasst und wird, wenn richtig verstanden, der leidenden Menschheit zur Linderung gereichen. 220 Seiten stark. Preis: 13 fr. 35.

Prof. Dr. Thomas S. Cullen, Baltimore:

Adeno-Myome des Uterus.

Aus der gynækolog. Abteilung des John Hopkins'schen Hospitals und aus dem pathol. Laboratorium der John Hopkins'schen Universität.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1903.)

Die Cullen'sche Arbeit ist Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Johannes Orth zur Feier seines 25-jährigen Professoren-Jubiläums gewidmet.

An Hand eigener zahlreicher Fälle und Untersuchungen wurden besprochen: die Adeno-Myome mit relativer Erhaltung der normalen Gestalt des Uterus; die subperitonealen, intraligamentären. submucösen und cervicalen Adeno-Myome; der Zustand der Tuben und Ovarien bei Adeno-Myomen; das klinische Bild der Adeno-Myome des Uterus; den gutartigen Charakter der Adeno-Myome des Uterus illustrierende Fälle; ein aus einem Adeno-Myome hervorgegangenes Adeno-carcinom des Uterus-Körpers; ein diffuses Adeno-Myom des Corpus uteri, auftretend in einem Falle von squamös-zelligem Carcinom der Cervix; das unabhängige Vorkommen von Adeno-Carcinom und Adeno-Myom am Körper ein und desselben Uterus, der Ursprung und die Behandlung der Adeno-Myome des Uterus, die Adeno-Myome aus der Uterinportion des Uterushorns und aus der Tubarportion des Uterus entspringend und endlich die Adeno-Myome des Lig. rotund. Die sehr interessante Arbeit ist 91 Seiten stark und enthält nicht weniger als 45 instruktive Abbildungen. Preis: 3 fr. 20.

Prof. Dr. A. Dührssen, Berlin:

Zwanzig photographische Wandtafeln

zur gynækologischen Operationslehre, speziell zur

Conservativen Kolpo-Cœliotomie.

(Verlag von S. Karger, Karlsstrasse 15, Berlin, 1902.)

Diese Wandtafeln sind nach *Operationen an der Lebenden* aufgenommen und somit absolut wahrheitsgetreu; reproduziert auf durchscheinender Leinwand, gestatten sie eine vorzügliche Demonstration. Text in deutscher, englischer und französischer Sprache ist beigegeben.

Die Wandtafeln repräsentieren folgende operative Eingriffe: Kolpocœliotomia anterior; Resectio tubæ utriusque vaginalis; Vaginifixatio uteri retroflexi; Myomectomia vaginalis; Ovariotomia vaginalis et resectio Ovarii vaginalis; Ovariotomia vaginalis; Salpingo-Oophorectomia sinistra et Salpingectomia dextra vaginalis bei Hydrosalpinx, Oophoritis und Perioophoritis duplex; Kolpocœliotomia anterior-lateralis; zwecks Exstirpation eines Pyoovarium sinistrum, einer Pyosalpinx sinistra und der rechten Tube wegen Salpingitis isthmica nodosa.

Demjenigen, der die Zeit nicht findet Dührssen selbst an der Arbeit zu sehen, gibt der vorliegende Atlas ein getreues Bild über das mit der Kolpocœliotomia anterior zu erreichende.

Demjenigen, dem es, wie dem Schreiber dieser Zeilen, vergönnt war, den vaginalen Operationen Dührssen's während einiger Wochen zu folgen, wird der Dührssen'sche Atlas stets ein treuer Consiliarius sein. Preis: 100 fr.

Prof. Dr. W. Ebstein, Göttingen:

Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1901.)

Der Gynæcologe hat unendlich oft Gelegenheit die chronische Stuhlverstopfung bei seinen Patientinnen zu diagnosticieren!

Wenn ihm nun Gelegenheit geboten wird, sich in diese Frage etwas eingehender zu vertiefen als wie dies bis dato der Fall war, so wird er diese Gelegenheit gewiss im Interesse seiner Kranken gerne ergreifen.

Ebstein bespricht zuerst die allgemeine Aetiologie der chronischen Stuhlverstopfung; dann folgt « Klinisches und Anatomisches über die infolge von habitueller Stuhlträgheit sich entwickelnde chronische Obstipation »; weitere Kapitel verbreiten sich über die Ursachen der bei der chron. Stuhlverstopfung auftretenden Krankheitserscheinungen, über die Dauer, den Verlauf und Ausgänge, über Diagnose, Prognose und Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung; hierauf folgen casuistische Belege und zum Schluss Betrachtungen über die physiologischen Wirkungen der bei der Behandlung der Koprostase empfohlenen Klysmen. 258 Seiten. Preis: 7 fr. 25.

Dr. Otfried Otto Fellner, Wien-Franzensbad:

Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien, 1903.)

Der Verfasser der vorliegenden Broschüre ist bereits durch eine einschlagende früher veröffentlichte Arbeit: «Herz und Schwangerschaft» bestens bekannt; neben den Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden auch die Beziehungen der Fortpflanzungstätigkeit des Weibes zu chirurgischen Erkrankungen etc. abgehandelt.

Eine jedem Kapitel beigegebene Litteratur-Uebersicht ermöglicht auf die einfachste Art und Weise einzelne Fragen und Gebiete einlässlicher zu studieren.

Das 275 Seiten starke Opus sei nicht nur dem Spezialarzte, sondern ganz besonders auch dem praktischen Arzte auf's Beste anempfohlen, den es in den verhältnismässig seltenen Fällen von Komplikationen von Schwangerschaft und Geburt mit inneren Erkrankungen eine wertvolle Richtschnur für sein Handeln bietet. Preis: 10 fr. 70.

Prof. Dr. M. Hofmeier, Würzburg:

Die kgl. Universitäts-Frauenklinik in Würzburg. 1889—1903. Berichte und Studien.

Dem X. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynækologie gewidmet.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1903.)

Hofmeier beginnt die Serie der Berichte mit einem historischen Ueberblick des Entwicklungsganges der Würzburger-Universitätsfrauenklinik; daran schliessen sich Berichte über die geburtshülfliche und die gynækologische Abteilung, sowie über die Tätigkeit der geburtshülfl.-gynækolog. Poliklinik.

Dann folgen interessante Studien: Ein Beitrag zur Lehre von der Extrauteringravidität; Beitrag zur Lehre von der Bauchfell- und Genitaltukerbulose; Die Eierstocksgeschwülste und ihre operative Behand-

lung in den Jahren 1889—1902; Die operative Behandlung des Uteruskarzinoms und ihre Erfolge in den Jahren 1889—1902; Berichte über die Dauerresultate der plastischen Operationen, besonders der Prolapsoperationen der Jahre 1889—1900; Die Osteomalacie in Unterfranken und zum Schluss folgt ein « Verzeichniss der aus der Klinik hervorgegangenen wissenschaftlichen Arbeiten. »

Neben den Arbeiten von Hofmeier selbst, sowie seiner Assistenten: Nebel, Klein, Steffeck, Landerer, v. Franqué. Schnell, G. Burckhard, Bollenhagen, Vogel etc. finden wir nicht weniger als 199 Dissertationen aufgezählt.

Dass eine solche Arbeit, wie die vorliegende, dem verantwortlichen Leiter der Klinik, zur grossen persönlichen Befriediguung gereichen muss, fühlt wohl jeder, der mit Interesse das Gebotene verfolgt. Mögen Viele Rat und Tat aus der Lektüre schöpfen und neuen Mut, es Hofmeier gleich zu tun. Preis: 9 fr. 35.

Prof. Dr. E. Heinrich Kisch, Prag.

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung.

Mit zahlreichen Abbildungen.

(Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1904.)

Der Verfasser ist durch seine Arbeiten auf dem Gebiete des Geschlechtslebens des Weibes schon längst bekannt, wir erinnern nur an: *Histologische Veränderungen der Ovarien in der Zeit des Klimakteriums, das klimakterische Alter der Frauen, die Sterilität des Weibes* und an das ausgezeichnete Opus « *Uterus und Herz.* »

Das vorliegende Werk, von dem zwei Abteilungen vorliegen, ist das Ergebnis selbständiger Untersuchungen, vieljähriger reicher Erfahrungen und eingehender Kulturstudien des Verfassers und darum geeignet das lebhafte Interesse des praktischen Arztes, des gynækologischen Spezialisten, wie auch jedes Biologen zu erregen.

Es schliesst gleichsam die Kette, die durch die Veröffentlichung des Ploss-Bartels'schen Werkes: *Das Weib in der Natur- und Völkerkunde* und durch das Krafft-Ebing'sche Opus: « *Psychopathia Sexualis* » noch eines harmonischen Abschlusses wartete.

Bis jetzt sind folgende Themata veröffentlicht worden: Das Geschlechts-

leben des Weibes; Die Geschlechtsepoche der Menarche (Pubertät); Der Geschlechtstrieb; Nymphomania, Anæsthesia und Psychopathia sexualis. Die Geschlechtsepoche der Menakme: Kohabitation, Konzeption, Schwangerschaft, Geburt, Säugen. Beschränkung der Fruchtbarkeit und präventiver geschlechtlicher Verkehr. Die Entstehung des Geschlechts beim Menschen.

Der Referent möchte dem neuesten Opus von Kisch einen recht grossen Leserkreis wünschen, nicht nur unter Aerzten, sondern auch unter allen denkenden und gebildeten Menschen.

Preis der beiden Abteilungen je 8 fr.

Dr. Ferdinand Kornfeld, Wien:

Gonorrhoe und Ehe.

Eine klinische und volkshygienische Studie.

(Franz Deuticke, Wien und Leipzig, 1904.)

Auf dem ausgedehnten Gebiete der *Frauenkrankheiten* hat sich heutzutage, seit der Erkenntnis der grossen Bedeutung, welche die Gonorrhoe als elementarer ætiologischer Faktor bei diesen Leiden besitzt, eine gänzliche Wandlung vollzogen, deren wesentlichste Wichtigkeit die Fragen der Prophylaxe, der Aetiologie und der Therapie betrifft.

Einen Ueberblick zu bieten über dieses, von einem modern-medizinischen und volkshygienischen Standpunkte beleuchtete Gebiet, von *Tripper und Ehe*, war die dem vorliegenden Werke zu Grunde liegende Absicht.

Bis in alle Details abgehandelt werden folgende Themata, respektive Fragen:

Die Gonorrhoe beim Manne.

Wann darf ein tripperkrank gewesener Mann heiraten?

Das Sperma.

Verbreitung der Syphilis und der Gonorrhoe etc.

Die Gonorrhoe beim Weibe.

Die Gonorrhoe und ihre Komplikationen bei beiden Geschlechtern.

Die 190 Seiten starke Brochüre enthält eine Unmenge wichtiger Tatsachen und Anregungen; sie ist Herrn Prof. A. v. Frisch in Wien gewidmet. Preis: 6 fr. 70.

Prof. Dr. v. Krafft-Ebing, Graz.

Psychopathologia Sexualis.

Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.

Eine medicinisch-gerichtliche Studie.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1903.)

Zum 19. Male erscheint *das weltbekannte Opus von* Krafft-Ebing! Auch dem Gynækologen, der dazu berufen ist, Einblick zu tun in die verborgensten Falten des weiblichen Seelen- und Geschlechtslebens, interessiert das Kapitel: *Psychopathologia Sexualis* in höchstem Grade.

Folgende Themata werden dem Leser mit all' ihren Einzelheiten vor Augen geführt:

I. *Fragmente einer Psychologie des Sexuallebens.*
II. *Physiologische Tatsachen.*
III. *Anthropologische Tatsachen.*
IV. *Allgemeine Neuro- und Psychopathologie des Sexuallebens.*
V. *Spezielle Pathologie und*
VI. *Das krankhafte Sexualleben vor dem Criminalforum.*

Aeusserst interessant für den Gynækologen ist die Ansicht von Krafft-Ebing, dass milde Fälle von unentwickelter oder erstickter conträrer Sexualität eine erhebliche Quote stellen zu jener Frigidät und Anaphrodisie * als Dauererscheinung, die so oft bei Ehefrauen vorgefunden wird. (pag. 281, Mitte.)

437 Seiten stark. Preis: 13 fr. 35.

* *Anmerkung des Referenten:* Debrunner sagt in « Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynækologie und Geburtshülfe » (Gynæc. Helvet. II. pag. 17), dass bei über 50 % der Frauen der Ostschweiz von einer eigentlichen *Libido sexualis* nicht gesprochen werden könne; es wäre interessant zu erfahren, was Debrunner über die Verbreitung der conträren Sexualempfindungen der Frauen der Ostschweiz event. in Erfahrung bringen konnte.

Dr. Emil Pollak, Wien:

Kritisch-experimentelle Studien zur Klinik der puerperalen Eklampsie.

(Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1894.)

Pollak gibt eine sehr übersichtliche Zusammenstellung der bis jetzt bekannten Theorien der Entstehung der Eklampsie; sämtliche Theorien werden kritisch beleuchtet.

A. Theorien, welche die Ursache zum Ausbruche des Symptomenkomplexes der Eklampsie in der Mutter suchen.

B. Theorien, welche als Quelle der veranlassenden Schädlichkeiten die Frucht ansehen.

C. Theorien, welche die zwischen mütterlichem und foetalem Organismus errichtete Scheidewand beschuldigen.

In weitern Capiteln bespricht Pollak in statistischer Hinsicht: Das Ueberwiegen der Erstgebärenden; der günstige Einfluss der Geburt auf den Verlauf der Eklampsie; Eiweissgehalt des Harnes während der Eklampsie; Frühgeburten bei Eklampsie; die Häufigkeit der Zwillingsgeburten bei Eklampsie; auffallend frühes Auftreten der Eklampsie; Ausbruch der Eklampsie erst in der Nachgeburtsperiode; Beobachtungen von auffallend spätem Ausbruch der Eklampsie; Wiederkehr der Eklampsie und Mortalität der Eklampsie.

Dann folgen in tabellarischer Zusammenstellung 130 « *pathologisch-anatomische Befunde der in den Jahren 1881 bis 1902 in der Prosektur des « Wiener allgemeinen Krankenhauses » zur Autopsie gekommenen Fälle von Eklampsie.*

Ein letztes Capitel enthält eigene Versuche über *Synzytiolyse.*

Ein detailliertes Litteraturverzeichnis ist beigegeben.

Publikationen wie die vorliegende verdienen unsern wärmsten Dank! Für den Autor bedeuten sie eine Unsumme von geduldigem Arbeiten; für den Leser sind sie von der grössten Bedeutung, weil sie ihm ohne Zeitverlust in sehr zusagender Form alle die Bestrebungen auf einem noch dunkeln Gebiete der Pathologie klar und deutlich vor Augen führen.

172 Seiten stark. Preis: 5 fr. 35.



Prof. Max Runge, Göttingen:

Lehrbuch der Gynækologie.

Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Zweite Auflage.

(Verlag von Julius Springer, Berlin, 1903.)

Runge hat im Lehrbuch der Gynækologie die gleichen Grundsätze verfolgt, die bei der Abfassung seines Lehrbuches der Geburtshülfe zur Geltung kamen; d. h. es sollten die Lehren und Forschungsergebnisse, welche in den allgemeinen Besitz der Fachgenossen übergegangen sind, in gedrängter Kürze und schlichter Form wiedergegeben werden; auch hier wurde die « folgenrechte Entwicklung der Lehren aus anatomisch und physiologisch bewiesenen Tatsachen » versucht.

Der Text ist überall sehr klar und macht das Studium zu einer wahren Freude.

108 gute Abbildungen * sind beigegeben.

Betreffs Papier, Druck und Einband gilt dasselbe, was wir in diesem Jahrgang der Gyn. Helv. von dem Runge'schen Lehrbuch der Geburtshülfe gesagt.

490 Seiten. Preis: Fr. 13. 35.

* *Anmerkung des Referenten.* Die Fig. 2, die den Untersuchungsstuhl nach G. Veit illustriert, könnte durch ein moderneres Modell wohl mit Vorteil ersetzt werden. Ich halte dafür, dass der klinische Lehrer dem herangehenden jungen Arzt die gynækologische Untersuchung so viel erleichtern sollte, als dies eben möglich ist; eine wirkliche Erleichterung in der gynækologischen Untersuchung gewährt aber entschieden in sehr vielen Fällen die Beckenhochlagerung, wie selbe von Freund vorgeschlagen worden ist. Einen zur Ausführung der Freund'schen Hochlagerung passenden Untersuchungsstuhl, der vor dem Veit'schen wohl nicht geringe Vorzüge hat, habe ich bereits publiziert. Siehe diesen Jahrgang unter: Verschiedenes. D. Instrumentelle Notizen. Pag. 296. Tafel IX.

Die 4 Abbildungen Fig. 17—20, die Anfrischung und Naht bei Dammriss betreffend, liessen sich vorteilhaft durch solche ersetzen, die in die Organe selbst eingezeichnet und damit plastischer dargestellt wären.

Wie ganz anders und auf den ersten Blick verständlich wirkt die Darstellung, die z. B. Bumm der Naht der Dammrisse in seinem Grundriss hat zu teil werden lassen.

Dasselbe gilt von den Fig. 54 und 55, die Colporrhaphie illustrierend.

Dr. FERDINAND SCHENK, Prag:

Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1903.)

Es handelt sich um eine sehr zeitgemässe und klar gehaltene, 128 Seiten starke Abhandlung; am Schluss wird die benutzte, in besondern Kapiteln untergebrachte Litteratur, eingehend berücksichtigt und verrät deutlich die Disposition der SCHENK'schen Broschüre: Allgemeines; Zur Anatomie und Physiologie; Entwicklungsanomalien; Neubildungen; Entzündungen; Sterilitätsursachen allgemeiner Natur; Zur Statistik; Zur Therapie.

« Den älteren und neueren statistischen Zusammenstellungen, sowie den auf Grund der geänderten Anschauungen modifizierten therapeutischen Bestrebungen zur Bekämpfung der Sterilität soll in besonderen Kapiteln eingehend Rechnung getragen werden.

In diesem Sinne eine umfassende Behandlung des Gegenstandes zu geben, erscheint mir immerhin lohnend. »

Die Broschüre ist dem Andenken von MAX SÄNGER gewidmet. Preis: 4 fr. 30.

Prof. Dr. JULIUS SCHREIBER, Königsberg i. P.:

Die Rekto-Romanoskopie.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1903.)

Erst seit geraumer Zeit haben die Gynækologen angefangen, die gegenseitigen Beziehungen von Blasen- und Genitalerkrankungen einlässlicher zu studieren; logischerweise müssen auch die Erkrankungen der unteren Darmabschnitte den Frauenarzt interessieren. Die Amerikaner sind uns hier zuvor gekommen. (HOWARD A. KELLY. Annals of Surgery. Volume XXI, 1895.)

Es sei daher den Gynækologen die SCHREIBER'sche Broschüre bestens zur Lektüre anempfohlen, umso mehr, da sie auf 130 Seiten ein ziemlich vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes der Rekto-Romanoskopie gibt und durch zahlreiche Abbildungen im Text und farbige Reproduktionen auf 3 beigegebenen Tafeln das Verständnis für diese junge Untersuchungsmethode wesentlich erleichtert. Preis: 10 fr. 70.

Doc. Dr. Ludwig Seitz, München:

Die fœtalen Herztöne während der Geburt.

(Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen, 1903.)

Die 179 Seiten starke Publikation ist der med. Fakultät der k. Universität *München* zur Erlangung der venia legendi vorgelegt worden und Herrn *Geheimrat* v. Winkel gewidmet.

Im *ersten Kapitel* bespricht Verfasser *die Anatomie und Physiologie des fœtalen Herzens und Gefässsystems* und bringt eigene Untersuchungen zur Bestimmung des fœtalen Blutdruckes und der Vagusreizung.

Im *zweiten Kapitel* wird auf *das Verhalten der Herztöne während der Wehe* eingegangen. Seitz's eigene Erfahrungen wurden seit mehr als $2^1/_2$ Jahren an dem Material der k. Universitätsfrauenklinik und der geburtshülflichen Poliklinik zu München gesammelt; es kamen zirka 2000 Beobachtungen in Frage.

Die verschiedenen Theorien der Herzschlagverlangsammung werden detailliert besprochen und überall eigene Experimente und Beobachtungen eingeflochten.

Ein letztes Kapitel beschäftigt sich mit der *pathologischen Verlangsammung der Herztöne.* Ein sehr detailliertes Litteraturverzeichnis schliesst die sehr fleissige, an eigenen Untersuchungen und Erfahrungen reiche Arbeit. Preis: 5 fr. 35.

Siebold-Dohrn:

Geschichte der Geburtshülfe.

(Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen, 1903 u. 1904.)

Prof. Dohrn hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, den « *Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe* von v. Siebold » *weiter* zu führen und die *Neuzeit* zu bearbeiten.

Bekanntlich hat der Tübinger-Verleger Franz Pietzcker die beiden ersten Bände des v. Siebold'schen Werkes in zweiter Auflage erscheinen lassen und bildet nun der dritte von Dohrn herausgegebene Band eine würdige Fortsetzung.

Dritter Band : Erste Abteilung umfasst den Zeitraum von 1840-1860.
Dritter Band : Zweite Abteilung umfasst den Zeitraum von 1860-1880.
Preis des dritten Bandes ; erste Abteilung : 9 fr. 35.
Preis des dritten Bandes ; zweite Abteilung : 9 fr. 35.

Prof. Dr. H. Sellheim, Freiburg i. B.:

Der normale Situs der Organe im weiblichen Becken und ihre häufigsten Entwicklungshemmungen.

Mit 40 lithographischen Tafeln und 11 Figuren im Text.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.)

Nach dem « *Topographischen Atlas zur normalen und pathologischen Anatomie des weiblichen Beckens* » und nach dem Atlas über « *Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens im Zustande der Ruhe und unter der Geburt* » (Gyn. Helvet. III, pag. 268) noch ein *Illustrationswerk ersten Ranges*, von 40 wunderschönen lithographischen Tafeln, das genügt, um dem Gynækologen das Studium seines Faches immer anziehender und interessanter zu gestalten.

Das Verlangen nach einem Anschauungsmittel, an der Hand dessen man die normale Anatomie des weiblichen Beckens lernen und lehren und zu jeder neuen Frage Stellung nehmen könnte, ist dem praktischen Bedürfnisse entsprungen.

Im *ersten Teil* des neuen Atlases hat Sellheim, an der Hand der Becken von 6 körperlich gut ausgebildeten Personen, in systematischer Weise auf 30 Tafeln den Beckensitus beim geschlechtsreifen Weibe wiederzugeben versucht.

In einem *zweiten Teil* gelangen in 4 weiteren Fällen (10 Tafeln) die häufigsten Zeichen einer mangelhaften Entwicklung der Organe im weiblichen Becken zur Darstellung,

Der Schwerpunkt der Arbeit wurde dahin verlegt, durch Anwendung von dicht aufeinander folgenden Schnitten einen anschaulichen, gewissermassen plastischen Begriff des als richtig anerkannten Situs von Uterus und Eierstöcken, zugleich mit allen übrigen Gebilden des weiblichen

Beckens und ihren gegenseitigen Beziehungen, zu geben und damit einen dauernden Ratgeber für den Gynækologen und Chirurgen zu schaffen.

Der klare, präcise Text enthält 11 erklärende Skizzen, die uns besonders über die Richtung der gemachten « Schnitte » aufklären.

Die Ausstattung ist non plus ultra. Preis: 80 fr.

Doc. Dr. Richard von Steinbüchel, Graz:

Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshülfe mit spezieller Berücksichtigung der kombinierten Skopolamin-Morphium-Anaesthesie *.

(Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1903.)

Nach einem historischen Ueberblick der Schmerzstillungsmethoden in der Geburtshilfe, kommt Verfasser auf die gegenwärtig gebräuchlichen Methoden der Anæsthesierung in der Geburtshilfe zu sprechen. Weitere Kapitel lauten: Das Skopolamin, sein Antagonismus zum Morphium, Toxikologisches; Die Skopolamin-Morphium-Narkose in der Chirurgie; Beschreibung der Skopolamin-Morphium-Analgesierung in der geburtshülflichen Praxis; Schilderung der Geburtsfälle; Vergleich der Skopolamin-Morphium-Analgesie in der Geburtshülfe mit den andern gebräuchlichen Methoden. Indikationen der Skopolamin-Morphium-Analgesie: 1. Krampfartige Wehenschwäche; 2. Die zu starken Wehen; 3. Die Krampfwehen; 4. Anomalien der Bauchpresse und 5. Die Eklampsie.

Der Referent wünscht von Herzen, dass das 111 Seiten starke Heft überall Verbreitung finden möge, beim Spezialisten wie beim praktischen Arzt, zur Aufklärung der Linderung der Geburtsschmerzen und zur Anweisung der Beseitigung krankhafter Zustände. Preis: 5 fr. 35.

* *Anmerkung des Referenten:* Siehe *diesen Jahrgang* unter « *Originalarbeiten* » die Besprechung des « Handbuches der allgemeinen und lokalen Anæsthesie » von Prof. Dumont. Pag. 282. Dieser Autor gibt auf Seite 162 und folgende eine eingehende Besprechung der Skopolamin-Morphium-Narkose; der von Steinbüchel'schen Publikation wird daselbst eingehend Erwähnung getan.

Privatdocent Dr. Walter Stœckel,
Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.

Die Cystoskopie des Gynækologen.

Mit neun farbigen Tafeln und vielen Abbildungen im Text.
(Druck und Verlag von Breitkopf und Hærtel, Leipzig, 1904).

)as 320 Seiten starke Opus ist äusserst anregend geschrieben und hält eine Unmenge interessanter Tatsachen, so dass *dessen Lektüre* ; *sehr befriedigende* ist.

Es werden besprochen: Die Beziehungen der Gynækologie zur Urologie l Cystoskopie; Die Erlernung der Cystoskopie seitens der Gynæko- ən; Das Cystoskop, seine Konstruktion und Wirkungsweise; Das toskopische Armamentarium des Gynækologen; dann folgen Allge- inbemerkungen über die cystoskopische Technik; weiter werden prochen: Verlauf einer umkomplizierten Blasenableuchtung; Die nplikationen der Blasenableuchtung; Der Ureterkatheterismus; Die 'ahren bei der Cystoskopie und dem Ureterkatheterismus; Das Blasen- l bei Erkrankungen der Blase, bei Fisteln und Verletzungen der rnwege; Das Blasenbild bei pathologischer Beschaffenheit der Nieren, Ureteren und bei Erkrankungen in der Blasennachbarschaft; Das senbild nach gynækologischen Eingriffen, in der Schwangerschaft, ırend der Geburt und im Wochenbett.

m Interesse der leidenden Frauenwelt und im Interesse unseres ·zialfaches wünsche ich dem Stœkel'schen Opus von Herzen einen ht grossen Leserkreis!

)as Buch ist Herrn Prof. Fritsch gewidmet, in dessen Klinik Stœckel ge Jahre gewirkt. Preis: 10 fr. 70.

.nmerkung des Referenten. Das Stœckel'sche Buch ergänzt in ganz vorzüglicher ;se das von G. Kolischer, im Jahre 1898 herausgegebene Opus: « *Die Erkran- gen der weiblichen Harnröhre und Blase,* mit besonderer *Berücksichtigung der loskopie und Cystoskopie* ». (Franz Deutike, Leipzig u. Wien) siehe *Gyn. Helv.* I, . 141. Die beiden Werke vereinigt, geben uns ein detailliertes Bild der Erkran- gen der weiblichen Harnorgane vom Orificium uretræ externum bis zum Nieren- ten.

'ie Gynækologen werden den beiden Klinikern, sowie ihren beiden Assistenten, die um die Vertiefung unserer Kenntnisse der Erkrankungen der weiblichen Harn- ıne sehr verdient gemacht, sehr dankbar sein, ich meine Herrn Prof. Schauta, rn Prof. Fritsch, Herrn Dr. Kolischer und Herrn Doc. Dr. Stœckel.

Doc. Dr. WILHELM STŒLTZNER, Berlin.

Pathologie und Therapie der Rachitis.

Mit 3 Tafeln.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1904.)

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwicklung der Lehre v der Rachitis bespricht STŒLTZNER die Verbreitung der Rachitis na Ländern und Rassen. Die Symptomatologie beschäftigt sich mit d initialen Allgemeinerscheinungen, mit den klinischen Symptomen a Skeletsystem, mit dem Verhalten der übrigen Organe und Funktione mit der Zeit des Beginnes, der Dauer und dem Verlauf der Rachiti sowie mit den Komplikationen.

Weitere Abschnitte behandeln die pathologische Anatomie und Chemi *das Verhältnis der Rachitis zur Osteomalacie*, die Rachitis der Tiere, di Aetiologie und Pathogenese, die Diagnose (Differential-Diagnose), Prog nose und Therapie.

Ein letztes Kapitel verbreitet sich über *die früher sogenannte fœta Rachitis.* *

Die Broschüre ist 176 Seiten stark und enthält am Schlusse eine de tailierte Litteraturübersicht.

Dem Gynækologen sei das Studium derselben bestens anempfohlen.

Preis: 5 fr. 5

Doc. Dr. MAX STOLZ, Graz:

Grundriss der geburtshilflichen Diagnostik und Operationslehre.

Mit 88 Tafeln im Text.

(Verlag von Leuschner und Lubensky's Universitäts-Buchhandlung Graz, 1903.)

Der Verfasser dieses Grundrisses ist bereits auf's vorteilhafteste bekann durch die Veröffentlichung seiner « *Studien zur Bakteriologie des Ge talkanals in der Schwangerschaft und im Wochenbette* ». Gyn. Helv. II pag. 270.

* *Anmerkung:* Siehe *Gynæcologia Helvetica* III, pag. 109: Dr. C. ESCHER: « Frage der angeborenen Rachitis ».

Im vorliegenden Grundriss versucht er nun das festzuhalten, was er Laufe einer sechsjährigen Assistententätigkeit in den geburtshilflichen ırsen vorzutragen pflegte; er will dem Lernenden in möglichst kurzer, ægnanter Form das zur geburtshilflichen Diagnostik und Therapie ›twendige vor Augen halten.

In der Operationslehre sind die Bilder in der Weise zusammengestellt, ss ein bestimmter Vorgang durch eine Reihe aufeinanderfolgender ichnungen veranschaulicht wird, die typische Stellungen oder Akte ;thalten.

Wir müssen Stolz für seine vorzügliche Darstellung Dank wissen! Auf 259 Seiten, 88 Tafeln, das ist eine Leistung, von Seiten des Autors enso sehr wie von Seite des Verlegers.

Der Student von Heutzutage ist wahrlich nicht mehr zu beklagen, man leichtert ihm durch bestens durchgeführte Illustrationen überall das udium. Preis: 8 fr.

Dr. C. H. Stratz, im Haag.

Die Schönheit des weiblichen Körpers.

Den Müttern, Aerzten und Künstlern gewidmet.

it 193 teils farbigen Abbildungen im Text, 5 Tafeln in Heliogravüre, 1 Tafel in Autotypie und 1 Tafel in Farbendruck.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1904.)

Das weitbekannte *Stratz'sche Opus* über: « Die Schönheit des weib- :hen Körpers » liegt in *15. Auflage* vor uns, hat also einer weiteren mpfehlung wohl nicht nötig.

Der Stoff ist in vorzüglicher Weise abgehandelt und in sehr anregen- ›r Form geschrieben; die Ausstattung ist eine ganz vorzügliche.

Stratz bespricht zuerst den « modernen Schönheitsbegriff », um dann ıf die Darstellung weiblicher Schönheit durch die bildende Kunst und e « weibliche Schönheit in der Litteratur » überzugehen. Weitere Ca- tel behandeln die Proportionslehre und Canon, den Einfluss der Ent- icklung, Ernährung und Lebensweise auf den Körper, den Einfluss von eschlecht, Lebensalter und Erblichkeit, den Einfluss von Krankheiten nd Kleider auf die Körperform.

Nachdem so der Leser die elementaren Grundlagen der weiblichen

Schönheit kennen gelernt, unterhält ihn STRATZ des weiteren über
Beurtheilung des Körpers im allgemeinen und der einzelnen Körper
im Besonderen. Dann folgt ein Ueberblick der gegebenen Bedingun
normaler Körperbildung.

Die Schönheit der Farbe und der Bewegung umfasst weitere zwei
pitel; endlich bespricht STRATZ die praktische Verwerthung der wiss
schaftlichen Auffassung weiblicher Schönheit, sodann die Verwerth
in Kunst und Kunstkritik (Modelle) und in einem letzten Kapitel
den Vorschriften zur Erhaltung und Förderung weiblicher Schönh
gegeben.

Der Leser wird nach Durchsicht der Inhalts-Angabe selbst im Sta
sein zu beurtheilen, welchen Genuss die Lektüre dieses Werkes ihm zu
schaffen im Stande ist. Preis brochiert: 16 fr.

Prof. Dr. GEORG WINTER, Königsberg i. Pr.

Die Bekämpfung des Uteruskrebses.

Ein Wort an alle Krebsoperateure.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1904.)

Die vorliegende 76 Seiten starke Broschüre enthält übersichtlich
sammengestellt und beschrieben alle die von WINTER unternomme
Schritte zur Aufklärung betreffs des Uteruskrebses.

Da findet sich unter anderm ein offener Brief « *An die Aerzte*
preussens », in welchem der « inneren Untersuchung », der Diagnose
Krebses inclusive Technik der Probeexcision und Probeausschabung
dacht wird; ein letzter Abschnitt behandelt: « Die Ueberweisung an
Operateur ».

Weiter folgt ein offener Brief « *An die Hebammen Ostpreussens* »: d
kommt WINTER auf folgende Themata zu sprechen: *Die Kurpfu*
Das Verhalten der Kranken und zum Schlusse wendet sich der
direkt mit einem Mahnwort an die Frauenwelt: « Ueber die Gef
des Unterleibskrebses ».

Die von WINTER in Scene gesetzte Bekämpfung des Uteruskrebses
dient vollste Beachtung; daher sei seine Broschüre jedem ernsten
mitfühlenden Arzte auf's Beste zur Lektüre anempfohlen. Preis: 2 f

Prof. Dr. Morache, Bordeaux.

Geburt und Tod.

Naissance et Mort.

Etude de Socio-Biologie et de Médecine légale.

(Félix Alcan, Editeur, Paris, 1904.)

Wir haben im vorhergehenden Jahrgang der *Gynæc. Helv.* bereits auf ie äusserst interessante sozio-biologische Studie von Morache aufmerk- n gemacht: « *Schwangerschaft und Geburt* », nun folgt ein nicht min- anziehendes Thema: « *Geburt und Tod* ». 273 Seiten. Preis 4 Fr.

A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage, Paris.

Lehrbuch der Geburtshülfe.

Précis d'Obstétrique.

(Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1904.)

Das vorstehende Lehrbuch erscheint zum 6-ten mal und ist vollständig gearbeitet. Die Herausgeber, Prof. Ribemont, Geburtshelfer am *Beau- -Spital* und Prof. Lepage, Geburtshelfer am *Pitié-Spital* in Paris, ben sich der mühsamen Arbeit unterzogen dem Studenten und Arzt äusserst vollständiges Lehrbuch in die Hand zu geben, das zwischen demecum und Handbuch die Mitte hält.

Von den im Text beigegebenen 568 Figuren sind nicht weniger als) von Richemont selbst gezeichnet.

Eine Unmenge praktischer Erfahrungen sind in dem Ribemont- page'schen *Lehrbuch* niedergelegt; wir finden da unter anderm eine gehende Besprechung der dem Neugebornen zukommenden Behand- ng, ein Kapitel über das gesamte Gebiet der Säuglingsernährung, weiteres ausgedehntes Kapitel über die Erkrankungen des Säuglings, ngenitale, wie erworbene etc.

Die Ausstattung ist eine vorzügliche und wenn die Herren Heraus- ber in einer weiteren Neuauflage dazukommen sollten, die 1423 Seiten rächtlich zu reduzieren, so wird das vorliegende Lehrbuch der Ge- rtshülfe wohl noch bedeutend mehr Freunde finden und dem Stu- nten die Anschaffung wesentlich erleichtern. Preis gebunden: 30 fr.

Dr. F. Labadie-Lagrave et Prof. Legueu, Paris.

Handbuch der medico-chirurgischen Gynækologie.

Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

(Félix Alcan, Editeur, Paris, 1904.)

Das vorliegende Handbuch, das in 3. Auflage erscheint, soll den eng Zusammenhang der zwischen innerer Medizin und Chirurgie besteh auch auf dem Gebiete der Gynækologie zur Geltung bringen. Die beid Autoren sind betreffs der internationalen Litteratur ziemlich auf de Laufenden* und bestrebt, ihr Handbuch dem jeweiligen Stande der gynæ Wissenschaft anzupassen; es wird, wie ja schon der Titel des Buch besagt, nicht einer zu weit gehenden chirurgischen Behandlung gyn kologischer Leiden das Wort geredet, sondern daneben auch sämtlic therapeutische Maasnahmen der internen Medicin berücksichtigt, w z. B. die hydrominerale und hydrotherapeutische Behandlung, die Op therapie etc. Dem Text sind 323 Abbildungen beigegeben.

Mit einem Wort: *Ein ganz vorzügliches Handbuch, voll praktisch und wissenschaftlicher Erfahrungen.* 1255 Seiten stark. Preis gebunde 25 frs.

* Die operative Technik von Dührssen's *Vaginofixation,* wie selbe auf Seite 4 gegeben wird, entspricht ganz und gar nicht mehr der von Dührssen seit Lang befolgten Art und Weise des operativen Vorgehens. Von der Haupt-Modifikation, d Schaffung einer sero-serösen Fixation, durch Schluss der Peritonealwunde, wird g nichts gesagt.

Ich habe Gelegenheit gehabt, vor kurzer Zeit einer grösseren Anzahl von Dührss selbst ausgeführter Operationen beizuwohnen und kann nur sagen, dass die Dühr sen'sche Methode der von Le Dentu und Pichevin angegebenen Modifikation, nic untergeordnet, wie die beiden Autoren meinen, sondern bei weitem übergeordn ist. Uebrigens verweise ich den Leser auf den von Dührssen publicierten Atl « Zwanzig photographische Wandtafeln zur conservativen Kolpo-Cœliotomie ». Te deutsch, französisch und englisch. Siehe diesen Jahrgang: « Ausländische Litteratur pag. 321.

IX.

Litterarische Bestrebungen auf geburtshülflich-gynækologischem Gebiet in Genf, am Ende des 19. Jahrhunderts.

Am Ende des 19. Jahrhunderts, d. h. während eines Zeitraumes umfassend die Jahre 1873—1900, finden wir in Genf auf geburtshülflich-gynækologischem Gebiet ein reges, litterarisches Arbeiten; ganz besonders schienen die Gynækologen Genf's dazu bestimmt, durch Uebersetzungen englischer, deutscher und schwedischer Werke der französischen Speziallitteratur entschieden nicht gering anzuschlagende Dienste zu leisten.

Die Haupterscheinungen dieser aktiven Periode sollen nun hier in Kürze an unserm Geiste vorüberziehen, damit sich jeder selbst ein eigenes Urteil bilden möge.

Die *litterarisch-gynækologische Periode in Genf* eröffnete im Jahre 1873 Dr. Cordes, indem er die in England von Robert Barnes herausgegebenen «*Vorlesungen über geburtshülfliche Operationen und über die Behandlung bei Blutungen*» in's Französische übertrug:

LEÇONS
sur les
OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES
et le
Traitement des Hémorrhagies
ou
Guide de l'Accoucheur dans les cas difficiles.

Par

Robert Barnes
M. D. Lond. F. R. C. P. etc.

TRADUITES SUR LA SECONDE ÉDITION
par
le Dr A. E. Cordes
Ancien élève du Rotundo de Dublin et du Gebärhaus de Prague.

AVEC UNE PRÉFACE
de
M. le Professeur Pajot.

Paris, G. Masson, Editeur, 1873.

Frankreich hatte sich, während eines Zeitraumes von 30 Jahren, kaum um die litterarischen Ergebnisse der Nachbarvölker bekümmert; nur das NÆGELE'sche und das SCANZONI'sche Lehrbuch, beide unvollständig waren in die französische Sprache übersetzt worden. Nach dem Wiederaufleben des Interesses an den Errungenschaften anderer Länder, besonders nach den stürmischen Jahren von 1870/71, kam die CORDES'sche Uebersetzung sehr erwünscht, um so mehr der Uebersetzer es verstanden hatte, das Typische und Charakteristische der BARNES'schen Vorlesungen auch in der Uebersetzung zu wahren.

Die Uebersetzung, der 113 sehr hübschen Abbildungen beigegeben sind, ist 498 Seiten stark.

Nur 3 Jahre später publiziert der unermüdliche CORDES abermals ein
n BARNES verfasstes Werk in's Französische:

TRAITÉ CLINIQUE
des
MALADIES DES FEMMES
Par
Robert Barnes, M. D.
TRADUIT DE L'ANGLAIS
par
le Dr A. Cordes
Précédé d'une préface de
de M. le Professeur Payot
AVEC 169 FIGURES DANS LE TEXTE
Paris, G. Masson, Editeur, 1876.

Es handelt sich dieses Mal um ein Opus von nicht weniger als 787
ten. Aber damit noch nicht zufrieden, übergibt CORDES im Jahre 1886
Handbuch der Geburtshülfe der beiden BARNES, *der Oeffentlichkeit.*
Dieses Mal übertraf die aufgewendete Arbeit diejenige der beiden
hergehenden Uebersetzungen um ein Beträchtliches: 977 Seiten mit
) Abbildungen:

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
médicale et chirurgicale.
Par
le Dr Robert Barnes
et
le Dr Fancourt Barnes
Traduit et annoté par le
Dr A. E. Cordes
Privat-Docent à la Faculté de Genève,
Fellow de la Société obstétricale de Londres,
et de la Société gynécologique de la Grande-Bretagne.
Paris, G. Masson, Editeur, 1886.

CORDES stellte sich in dieser seiner 3. Uebersetzung die Aufgabe, die
zte französischer Zunge der reichen, praktischen Erfahrungen teil-

haft werden zu lassen, die die beiden BARNES in ihrem ausgezeichneten Handbuche niedergelegt hatten.

Die Vorzüglichkeit des vorliegenden Werkes und damit die volle Berechtigung zu seiner Uebertragung aus dem Englischen in's Französische geht aus dem allerersten Satze der BARNES'schen einleitenden Worte hervor:

«Derjenige, welcher ein auf Vollständigkeit Anspruch erhebendes Handbuch irgend eines Zweiges der Medicin schreiben will, muss eine ausgedehnte, persönnliche Erfahrung darüber besitzen; er muss die gesamte Litteratur kennen, die über sein Spezialgebiet geschrieben worden ist, endlich muss er eine ausgesprochene Beharrlichkeit und einen kritischen Geist besitzen, um im Stande zu sein, die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen».

Im Jahre 1890 gibt der seither verstorbene Prof. VULLIET mit Prof. LUTAUD von Paris seine «*Vorlesungen über operative Gynækologie*» heraus.

LEÇONS
de
GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE
Par
Vulliet
Professeur à la Faculté de Médecine de Genève,
Ex-chirurgien de la Maternité,
Membre correspondant de la Société gynécologique de Paris
et
Lutaud.
DEUXIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE
AVEC 200 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE
Paris, A. Maloine, Libraire-Editeur, 1890.

Die damaligen französischen Handbücher der Frauenkrankheiten von ARAN, BERNUTZ und von NONAT behandelten auf ca. 800 Seiten die Entzündungen, die Congestion und Anschoppung der Gebärmutter, blieben aber vollständig stumm betreffs der operativen Gynækologie.

Die klassischen Lehrbücher beschrieben 10—15 verschiedene Arten von Vulva-, Vagina- und Uterus-Entzündungen, schwiegen sich aus

er Ovariotomie, die Trachelorrhaphie, die Curettage, die Hysterecto-e, die Operation der Blasen-Scheidenfisteln etc. vollständig aus.

Da brachte der nach Frankreich übergesiedelte SIMS neues Leben in ɜ Gynækologie und auch unser Genfer-Frauenarzt VULLIET wurde von m neuen Strome erfasst; die Frucht dieser Periode sind die mit dem riser-Gynækologen LUTAUD herausgegebenen «Vorlesungen über ope-tive Gynækologie».

Die 25 Vorlesungen füllen 500 Seiten, die durch 200 Abbildungen il-strirt sind.

Im Jahre 1891 veröffentlichte Dr. BETRIX das äusserst anziehend und iginell geschriebene Handbuch der Frauenkrankheiten von LAWSON IT in französischer Sprache:

TRAITÉ CLINIQUE
des
MALADIES DES FEMMES
par
le Dr Lawson Tait
Professeur de gynécologie au Collège royal de Birmingham.
etc. etc.

TRADUIT DE L'ANGLAIS AVEC L'AUTORISATION DE L'AUTEUR
par
le Dr Albert Bétrix
Ancien assistent de la Clinique obstétricale et gynécologique de l'Univertité de Genève
Membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

PARIS
G. Steinheil, Editeur,
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1891.

Das Handbuch ist nicht weniger denn 735 Seiten stark und enthält 70 bildungen; die Lektüre desselben ist auch heute noch eine äusserst eressante, Dank der Originalität der von Lawson Tait vorgebrachten ɜen und Erfahrungen und Dank der vorzüglichen Uebersetzung.

Inzwischen war der sich immer mehr-geltend machenden operativen Richtung der Gynækologie ein mächtiger Concurrent entstanden, in der THURE-BRANDT'schen Massage.

Die beiden Genfer Gynækologen JENTZER und BOURCART verfehlten nicht, die neue Methode an Ort und Stelle eingehend zu studiren und die Aerzte französischer Zunge durch die Herausgabe eines einschlagenden Lehrbuches auf dem Laufenden zu erhalten:

GYMNASTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

et

Traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes

(MÉTHODE DE THURE-BRANDT)

par

le Dr A. Jentzer

Ancien assistent à la Clinique d'accouchements et de gynécologie du prof. Breisky, Berne
Ancien professeur de gynécologie opérative à la Faculté de médecine de Genève
etc. etc.

et

M. Bourcart

Ancien prosecteur d'anatomie normale à l'Université de Genève.
Ancien assistant à la Clinique privée de MM. les professeurs Jentzer et Vuillet.

H. Georg, Editeur, Genève, 1891.

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich neben klarem Text durch 75 Illustrationen aus der künstlerischen Hand BOURCARTS vorteilhaft aus.

Inzwischen hatten die Gynækologen internationale Gynækologen-Congresse in's Leben gerufen und Genf sollte im Jahre 1896 in seinen Mauern die ersten Vertreter aus allen Ländern empfangen.

Die gynækologische Berichterstattung lag in den bewährten Händen von BÉTRIX, der zwei vorzüglich ausgestattete Bände mit rund 762 Seiten publicirte.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

de

Gynécologie et d'Obstétrique

2me SESSION — GENÈVE — SEPTEMBRE 1896.

Gynécologie

COMPTES-RENDUS

publiés par

M. le Docteur Bétrix, Secrétaire général.

GENÈVE
Georg & Cie, Libraires de l'Université
1897.

Der stets aktive Dr. CORDES nahm sich der Geburtshilfe an und ver-
öffentlichte auf 334 Seiten die zu Tage geförderten Ergebnisse:

Obstétrique

COMPTES-RENDUS

publiés par

M. le Docteur Cordes, Secrétaire général.

GENÈVE
Georg & Cie, Libraires de l'Université
1897.

Nun folgt im Jahre 1897 abermals eine Uebersetzung, um den Aerzten
französischer Zunge den vorzüglichen, künstlerisch ausgezeichneten At-
las von Prof. Leopold aus Dresden, zugänglich zu machen.
Dr. DE SEIGNEUX unterzog sich der nicht geringen und schwierigen
Arbeit und sind wir ihm dafür dankbar.

Prof. G. LÉOPOLD.

L'utérus et le fœtus depuis la première semaine de la grossesse jusqu'au commencement du travai et la formation du placenta.

Traduit par

le Dr R. de Seigneux

Privat-Docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève.

Im folgenden Jahre tritt Bourcart abermals mit einer grösseren Publikation hervor, indem er das Wide'sche Werk über schwedische Gymnastik in's Französische überträgt und einige Kapitel über abdominale und gynækologische Massage hinzufügt. (438 Seiten):

Prof. A. WIDE.

TRAITÉ

de

GYMNASTIQUE MÉDICALE SUÉDOISE

TRADUIT, ANNOTÉ ET AUGMENTÉ DE PLUSIEURS CHAPITRES

sur

Les affections abdominales et gynécologiques.

Par

le Dr M. Bourcart

Privat-Docent à l'Université de Genève.

AVEC 128 ILLUSTRATIONS

DONT 50 ORIGINALES, DESSINÉES PAR LE Dr BOURCART

Paris	Genève
Félix Alcan, Dditeur.	H. Kündig, Editeur.

1898.

Die im Jahre 1873 durch Dr. CORDES begonnene Periode beschliesst
·. BEUTTNER im Jahre 1900 durch die Veröffentlichung der französi-
ıen Uebersetzung des KOLISCHER'schen Buches «Ueber weibliche Harn-
hren- und Blasenkrankheiten» aus der Schauta'schen Klinik:

MALADIES
de
L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE
chez la femme
avec considérations spéciales
Sur l'endoscopie et la cystoscopie.
Par
le Dr Gustave Kolischer.
Professeur de gynécologie à Chicago Clinical School.

TRADUIT DE L'ALLEMAND
par
le Dr Osc. Beuttner
Privat-Docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève.

Da die französische Fachlitteratur einer Spezialbearbeitung der weib-
hen Harnröhren- und Blasenkrankheiten entbehrte, so war die Ueber-
agung des KOLISCHER'schen Buches in's Französische gewiss berechtigt.

Dass stets ein reger litterarischer und wissenschaftlicher Geist die
ynækologen Genf's beseelen möge, das wünscht aus vollem Herzen der
erausgeber der Gynæcologia Helvetica.

X.

PROF. Dr. JOHANN JACOB BISCHOFF, BASEL.

Sein Lebensgang und sein Wirken *.

Johann Jacob Bischoff wurde am 1. August 1841 in *Heidelberg* geboren. Sein Vater, von Basel gebürtig, war vor seiner Geburt durch ein Jagdunglück umgekommen; desshalb wurde die Erziehung von seiner Mutter und dem Grossvater mütterlicherseits geleitet.

Bischoff verlebte seine ganze Schulzeit in Heidelberg und kam erst nach *Basel* als er *seine medicinischen Studien* begann. Später kehrte er wieder nach Heidelberg zurück, wo er in den letzten Semestern als *Privatassistent von Prof. Chelius* tätig war (Chirurgie). Er begleitete seinen Chef im Februar und März 1864 in *die Schlachtfelder und in die Lazarete des dänischen Krieges.*

Am 31. August bestand Bischoff sein *Doctorexamen*, nachdem er folgende Dissertation eingereicht hatte: « *Zur Amputation im Tibio-Tarsalgelenk.* »

Im Januar 1865 ging Bischoff nach *Berlin*, wo er Graefe, Virchow, Langenbeck, Wilms, Frerichs und Dubois-Reymond hörte, dann finden wir ihn im Februar in *Prag* bei Seyfert und bei Steiner.

Von Mai 1865 bis März 1867 war er unter Prof. Socin *Assistenzarzt der chirurgischen Klinik* in Basel und als solcher auch auf der *kleinen, geburtshülflichen Abteilung* tätig, welche damals mit der chirurgischen Abteilung verbunden war.

Während dieser Zeit habilitirte er sich auf Socin's Veranlassung als *Privatdocent für Geburtshülfe* und hielt im Sommer 1866 geburtshülflichen Operationskurs und im Winter 1866/67 eine Vorlesung über theoretische Geburtshülfe.

* Nach einem ausführlichen *Nekrolog von Dr. Oeri in Basel.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, 1892.)

m Frühling und Sommer 1867 wurden Prag und Wien besucht; in *Prag* te er SEYFERT, SÄXINGER und STEINER, in *Wien* BRAUN, SIEGMUND, ROKITANSKY l ANDERE. Im September besuchte er KÖBERLE in *Strassburg* und wandte sich in nach England, Schottland und Irland. (Siehe die Tagebuchs-Notizen.) Mehr l mehr concentrirte sich das Interesse auf Geburtshülfe und Gynäkologie.

BISCHOFF lernte in *London* SPENCER WELLS kennen und verkehrt oft mit BACKER WN, BARNES, BRAXTON HICKS und BEIGEL, in *Edimburgh* mit Keith, Simpson, Duncan, in *Dublin* mit M. CLINTOCK.

n *Paris*, wo er sich nur einen Monat aufhielt, besuchte er besonders die niken und Vorlesungen von DEPAUL und PAJOT.

Während seines Pariser Aufenthaltes erhielt er die Nachricht von seiner Erhlung als *Vorsteher der geburtshülflichen Abteilung* des Basler Spitals, die n von ihrem bisherigen Verbande mit der chirurgischen Abteilung losgelöst rden war. — Gleich darauf erfolgte auf SOCIN's Betreiben die Ernennung n *professor extraordinarius*; im Jahre 1872 erhielt BISCHOFF den Titel und ng eines *ordentlichen Professors*. (Die definitive Gründung einer ordentlichen fessur im Rahmen des Universitätsgesetzes erfolgte erst nach BISCHOFF's ktritt.)

1873 und 1883 war er Dekan der medicinischen Fakultät.

Es bleibt BISCHOFF's *Verdienst, schon 1868 (Datum des Antrittes seiner Stelg) auf seine in England gewonnenen Erfahrungen hin, das* LISTER'*sche Verren, das erst 1871 publizirt wurde, von der Chirurgie auf das allerdings wierigere Gebiet der Geburtshülfe methodisch übertragen zu haben.*

Von den Arbeiten, welche gedruckt wurden, ist (ausser der früher schon erhnten Dissertation) zu nennen, die 1875 erschienene Publikation: « *Zur Prolaxe des Puerperalfiebers* » (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte). Ebens im Correspondenzblatt findet sich 1878 ein Vortrag aus der med. Gesellaft von Basel: « *Ueber die sogenannte Endometritis fungosa.* » 1872 finden im Correspondenzblatt einen Artikel: « *Ueber Eindringen der Uterussonde die Tuben* »; 1879: « *Ein Fall von perniciöser Anæmie der Schwangeraft* », 1881, im Correspondenzblatt und im Gynäkolog. Centralblatt eine Mitung: « *Ueber einen günstig verlaufenen Fall von intraarterieller Infusion r alkalischen Kochsalzlösung bei drohendem Verblutungstode* ». Eine kurze iz im Correspondenzblatt von 1889: « *Zur Frage der Castration* », bildet hl die letzte publicistische Aeusserung.

BISCHOFF war eines der tätigsten Mitglieder der med. Gesellschaft und lies kein Jahr vergehen, ohne aus dem reichen Schatze seiner Erfahrung das senschaftliche Leben unter den Aerzten zu bereichern.

Hier die *Liste seiner Vorträge:*

1865. Ueber das Spitalwesen im amerikanischen Secessionskriege.

1866. Ueber einen im Spitale ausgeführten Kaiserschnitt und über das betreffende Becken.

1867. Ueber combinirte Wendung nach BRAXTON HICKS.

1869. Ueber Expression des Kindes.

1869. Ueber ein sehr grosses Myom mit cystöser Degeneration.

1869. Ueber eine Missbildung.

1870. Ueber Operation eines Ovarialkystoms und die Möglichkeit der Tubensondirung.

1871. Ueber das Verhalten des Cervicalkanals und der portio vaginalis in der Schwangerschaft.

1872. Vergiftung mit Ol. Hyoscyami.

1872. Ein Fall von Missbildung: Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn, Hydrops renum cysticus, Mangel der l. Nabelarterie, abnorme Ausdehnung des Colon ascend. durch Meconium.

1873. Ueber Behandlung der Endometritis cervicalis.

1874. Ueber einen Fall von glücklicher Transfusion mit Menschenblut bei drohendem Verblutungstode.

1874. Ueber Missbildung am Herzen eines Neugeborenen; einkammeriges Herz.

1874. Ueber Abdominaltumoren und Schwangerschaft.

1874. Ueber Missbildung im Gesicht eines Neugeborenen.

1875. Ueber Uterusneubildungen, welche Blutungen veranlassen, speciell über 3 durch Enucleation behandelte Myome.

1876. Thrombose der Vena Cava.

1876. Drei fernere Fälle von Enucleation von Myomen.

1876. Ueber hintere Scheitelbeinstellung.

1877. Ueber Laparotomie bei subserösen und submucösen Fibromen des Uterus.

1877. Ueber die sog. Endometritis fungosa.

1878. Ueber vier Fälle von Hysterotomie.

1878. Ein Fall von Exstirpation eines gangrænescirenden Fibromyoms durch die Vagina.

1879. Zwei Todesfälle in der Schwangerschaft, der eine durch Embolie der art. pulm., der andere durch perniciöse Anæmie verursacht.

1879. Ein Fall von Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus nach Porro bei Carcinom.

1880. Drohende Uterusruptur durch Verengung des Muttermundes.
1881. Ein Fall von intraarterieller Infusion einer alkalischen Kochsalzlösung drohendem Verblutungstod.
1882. Ueber gemeinschaftliches Vorgehen der Aerzte in der Prophylaxis des erperalfiebers.
1883. Demonstration eines wegen Indicatio vitalis durch supra-vaginale iputation entfernten Uterus.
1883. Ueber Behandlung der Osteomalacie. (Aerztlicher Centralverein in :n.)

Einiges aus BISCHOFF's Klinik wurde von den Assistenzärzten publicirt, so die *Bischoff'sche Kolpoperineoplastik* » in den Dissertationen von BANGA und TZINGER; ferner: « *Ueber einen wandständigen Thrombus der Vena cava im erperium* » durch Dr. BANGA; weiter: « *Drei Fälle von Kaiserschnitt* » durch WIDMER und endlich « *Zwei Fälle von Tubensondirungen* » durch Dr. GÖNNER.

Weitere *Dissertationen aus Bischoffs Klinik* sind:

EGLI: Zur Entwicklungsgeschichte des Urogenitalsystems bei Kaninchen.
ALTHERR: Ueber Wägungen von Neugeborenen.
PERROULAZ: Ein neuer Fall von spondylotiphalischem Becken.
KOHLER: Zur Statistik der Mastitis puerperalis.
RAUCH: Zur Therapie des Abortus.
BÆSCH: Beitrag zur Eklampsia puerperalis.
WIDMER: Ein Fall von Situs transversus completus.

BISCHOFF fand bei der Uebernahme der *geburtshülflichen Abteilung des Baslertals* ein freies Arbeitsfeld vor sich. Es galt Vorurteile zu überwinden und ne Tätigkeit als Kliniker nicht auf die Geburtshülfe zu beschränken, sondern die Gynækologie auszudehnen:

Denn, dass Geburtshülfe und Gynækologie Fächer seien, die unter EINE *Leig gehören, davon war* BISCHOFF *fest überzeugt.*

Im Sommer 1868 verheiratete er sich mit Fräulein *Luise Burckhardt*, der iwester seines langjährigen Freundes *Alb. Burckhardt-Merian*.

Während des Jahres 1868 erfolgten 88 Aufnahmen, worunter nur 3 gynækoische Kranke. Neun Jahre später (1879) sind die Aufnahmen auf 405 und Zahl der Geburten auf 255 gestiegen; es wurden 123 gynækologische Fälle iandelt, 53 geburtshülfliche und 76 gynækologische Operationen ausgeführt; l wieder neun Jahre später, 1886, dem letzten Jahre von BISCHOFF's Spitaltigkeit, sind es 638 Aufnahmen mit 413 Geburten, 197 Frauenkranken, 72 ourtshülflichen und 84 gynækologischen Operationen. Die Zahl der in diesem

Jahre verpflegten Kinder war 408; die ambulatorisch behandelten Patienten sind nicht mitgerechnet.

BISCHOFF hat nicht nur durch seine *Hebammenkurse* im Spitale, sondern auch durch die jährlichen Nachprüfungen und freundlich erteilten Rat und Schutz dazu beigetragen, das Niveau des *Basler Hebammenstandes* bedeutend zu heben und hat so der Bevölkerung einen grossen Dienst geleistet.

Wer *Bischoff's fieberhafte Tätigkeit* beobachtete, der konnte schon vor Jahren voraussehen, dass der nicht sehr starke Körper dem dauernden Drucke so grosser Arbeitslast nicht Stand halten werde. Im Dezember 1882 hatte BISCHOFF das Missgeschick auf der Jagd durch einen Schrotschuss aus grosser Nähe verletzt zu werden. Trotz der schweren Erscheinungen heilten die Verletzungen rasch, aber der Unfall blieb in sofern nicht ohne schwere Folgen, als BISCHOFF den damals begonnenen regelmässigen Gebrauch narkotischer Mittel nicht mehr los wurde.

Unter dem bekannten Kampfe: Entsagen, Erliegen und Wiederkämpfen, vergingen die nächsten Jahre und BISCHOFF hielt sich noch in seiner Arbeit aufrecht bis Anfang 1887, als er wegen zunehmender Schwäche seine Stellung aufzugeben sich veranlasst sah.

Unter zunehmendem Marasmus starb BISCHOFF plötzlich unter den Erscheinungen der Herzparalyse, am Abend des 26. Oktober 189[illegible]

« *Wir wenden den Blick noch einmal zurück von dem Bilde des Siechtums und Todes zu den guten Zeiten der vollen Kraft und freuen uns, den edlen Mann den Unsern genannt zu haben. Wir bewundern seinen scharfen Verstand, sein gründliches und vielseitiges Wissen, seinen Mut im Handeln, die Sicherheit seiner operativen Technik. Aber noch reiner ersteht uns* BISCHOFF'*s Bild, wenn wir uns seines idealen nobeln Wesens, seiner Gewissenhaftigkeit erinnern, seiner Bescheidenheit, die das Suchen nach eigener Ehre nicht aufkommen liess. Sein freundliches Wohlwollen, seine unverholene Freude daran, Gutes tun zu können, seinen Mitmenschen zu dienen, Alles das machte aus ihm das* VORBILD EINES VOLLKOMMENEN ARZTES » :

« **Die Verkörperung der Wissenschaft im Dienste der Humanität.** »

XI.

PROF. Dr. JOHANN JACOB BISCHOFF, BASEL.

Tagebuch-Notizen*.

tudienreisen nach Wien, London, Glasgow, Edinburgh und Dublin während der Jahre 1867/68.

WIEN.

l. *Druckstellen am Kopfe Neugeborener.* Dr. MAYRHOFER in C. BRAUNS-*Klinik* Wien. 13. VI. 1867.

Kind von einigen Tagen, mit der Zange aus engem Becken in I. Scheitellage wickelt; lebend, wohl. Am linken Scheitelbein ein kreuzergrosser, schwarzer norf; 3 kleinere, unter sich in gleicher Höhe, von der Mitte des Hinterhauptes gen das linke Scheitelbein zu. Der erste Schorf entspricht dem Eindruck des montoriums, die 3 kleineren entsprechen dem Eindruck der Spina ischii ist. an 3 Stellen, entsprechend der Drehung des Kopfes im Becken. Es wird hl zur Bloslegung des Knochens kommen. Bis vor wenig Jahren hielt die *iener-Schule* solche Knochenbloslegungen durch Druck für absolut tödlich, gen Pyæmie. Jetzt stellt man die Prognose absolut günstig, was wohl in der änderten Behandlung liegt. Lokal wird nur *Cha mæleon* (Kalium hyper-nganic) angewandt. (Luft durch Ventilationr ein!)

2. *Quetschungen der mütterlichen Genitalien bei der Geburt.* Ibd.

Reinhaltung mit Chamæleon. Wo sich weisse Beläge bilden, wird mit Ferr. quichlor. in Substanz geätzt.

3. *Blutige Erweiterung des Muttermundes.* C. BRAUN's *Klinik.* 25. VII. 1867.

Diese sonst auf der *Wiener-Schule* verpönte Operation wurde seit BRAUN's Zeit

* Prof. BISCHOFF's Tagebuch-Notizen waren nicht zur Veröffentlichung bestimmt; sie mussten deshalb, bevor sie dem Drucke übergeben werden konnten, abgeschrie- und corrigirt werden. Aufzeichnungen, die für den Gynækologen allzu ferne nden, wurden nur angedeutet; Abkürzungen mussten der Deutlichkeit halber aus-chrieben werden; auf beigegebene Abbildungen wurde durch das Wort « Skizze » merksam gemacht. Sämtliche Nummern wurden nach dem Originaltext beibehal- und überhaupt nur das Allernotwendigste geändert, um so dem Ganzen seinen sönlichen Charakter zu wahren.

zum ersten Male heute Nacht 24./25. nötig. Schon lange Blasensprung, M. m. kreuzergross, wird bis vor die äusseren Genitalien geboren. Wegen drohender Ruptur werden in der Nebenpause fünf 2″, lange Incisionen gemacht (nicht während der Wehe, weil sonst ein kleiner Schnitt leicht hoch einreissen kann); nun erweitert sich der M. m. und die Geburt geht gut. Das schlaffe untere Segment ist vorgefallen, wird reponirt, dann tamponirt.

4. *Lage resp. Haltung des Fœtus bei Querlagen*, ibid. (Mayrhofer.)

Bekanntlich dehnt sich bei jeder Wehe der Uterus in die Länge aus (um 1 bis 2″) und wird schmäler; der Fundus ist daher höher zu fühlen; dies kommt von dem Ueberwiegen der Muskelschichte im Körper über die des Fundus; letzterer wird ausgebuchtet. Bei lange bestehenden Schulterlagen finden sich die Füsse hoch oben, der Kopf auf dem Beckeneingang. Die Form des Uterus imponirt täuschend eine Längslage. Der Operateur muss in solchen Fällen mit der Hand hoch hinauf, um die Füsse zu erreichen. Er trifft zunächst oft auf den Kopf, der ihm das Weitergehen erschwert.

5. *Neurosen im Becken. Ovarialneuralgie*. ibid. Braun.

Der Kliniker findet keinen objektiven Befund, ebensowenig der Anatom bei der Sektion. Die Frauen klagen jahrelang über Schmerzen am Uterus. Lange Bäder und Morph. suppos. sind die einzigen Mittel neben Eisen und Chinin, wie man es gegen Gesichtsneuralgien gibt.

6. *Sogenannter Tetanus uteri. C. Braun's Klinik*. 27. Juni 1867.

Zweit-Gebärende. Heute Nacht Nabelschnur- und Arm-Vorfall. Kopf links abgewichen. Reposition gemacht. Blutung. Placenta angeblich rechts, war ständig gefühlt. Heute Morgen geringe Blutung. Uterus fortwährend gleichmässig contrahirt. Kopf links, Steiss und Füsse rechts, seitlich zu fühlen. *Innere Untersuchung*, Hals $2^1/_2$″ lang; oberer M. m. rigid, für 2 Finger durchgängig. Die Hand kann nicht eindringen, auch in Narkose nicht, Placenta wird nicht gefühlt.

Braun's Raisonnement : Tetanus uteri, mit Striktur des obern Muttermundes. Kindeslage unbestimmt, eher Querlage, kein Teil zu erreichen. Wendung unmöglich, wegen drohender Uterusruptur. Zange unmöglich. Craniotomie wird hier wegen Rigidität des M. m. allein, ohne Beckenenge, nicht gemacht. — *Prognosis pessima*. — Das Kind ist abgestorben und fault rasch bei geöffneter Blase; Endometritis und Tympanitis. (Zersetzungsgase.) Gase und Endometritis steigern sich gegenseitig. In kurzem steigt die Temperatur in den Vagina von 38 auf 40° und der Puls von 90 auf 140 Schläge. — *Therapie :* Einstweilen lang dauernde, warme Bäder, um die Luft abzuhalten. Wegen grosser Schmerzen wiederholt Chloroform; so wird gewartet, bis eben der Uterus den vorliegenden Teil noch tiefer treibt (entw. Schulter oder Kopf). Stellt sich hohes Fieber

rke Tympanitis ein, dann muss man eingreifen, d. h. den M. m. incidiren
1 die Craniotomie machen.

7. *Differential-Diagnose zwischen tiefsitzender Placenta und Placenta prævia.* *Braun's Klinik.* MAYRHOFER 27. VII.

Ballotirt der Kopf durch das Scheidengewölbe, so ist es tiefer Sitz, jedenfalls ne Placenta prævia. Ballotirt der Kopf nicht, so ist wahrscheinlich Pl. præ- vorhanden, doch muss es nicht sein. Blutung bei beiden.

3. *Ulrick's Apparat zur Blasenscheidenfistel.* C. BRAUN. 27. VII. 1867.

RICH (Rudolfspital) veröffentlichte etwa 30 Fälle, von denen mindestens $^2/_3$ lständig geheilt sind.

LONDON.

9. *Guy's Hospital,* 16. Okt. Operationstag Dienstag $1^1/_2$ Uhr. 150 Betten. telbau mit 2 Flügeln, die einen Hof umschliessen. *Operationssaal* nur mit erlicht, mattes Glas. Amphitheater mit Stehplätzen, 9 Reihen steil überein- ler. *Operationstisch* massiv, oberes Stück verschiebbar und aufstellbar. Ueber Polster wird ein *doppeltes Leinwandstück* gelegt, dessen Längsränder um- näht sind, um je einen cylindrischen Holzstab durchzustecken; die Enden der lzstäbe sind je mit einem Quereisen verbunden. *Chloroformiren:* ein etwa -10 Cubikfuss fassender schwarzer Sack mit Kautschukröhre und Ansatz, der nd und Nase bedeckt und mit Ventil zum Ausathmen. Der Inhalt entleert sich rch Aspiration etc.

10. *University College Hospital.* 16 Okt. Operationstag Mittwoch 2 Uhr. nkle Gänge. *Operationssaal* klein, Amphitheater steil, 8 Reihen, nur Ober- ht. Einfacher plumper *Operationstisch. Chloroformsack* mittelst einer Schleife m Assistenten auf den Rücken gehängt. *Füllung* mittelst eines cylindrischen ısebalges, dessen Luftstrom durch das Gefäss mit Chloroform und von da in n Schlauch resp. Sack geht. Man lässt so lange Luft überstreichen, bis die rher abgemessene Menge Chloroform verschwunden ist. Zuhörer 60 etc.

11. *University College Hospital,* am 17. Okt. 2 Uhr besucht.

Visite mit Dr. MARSHAL. Langer Saal mit 14 Betten, 10 Fenster, rechts 6 osse, links 4 kleine; hoch angebracht, dünne grüne Rouleaux, Ventilation. Kamin: grosser Kessel mit Hahnen für warmes Wasser. Am Ende ein schö- s Buffet mit Verbandwassern. Niedrige, einfache, eiserne Bettstellen, dicke wobene Decken. Verbände reichlich etc.

12. *Sauerstoffinhalationen,* mitgeteilt durch Dr. WEIL am 17. Okt. 1867.

Seit einigen Jahren wird hier mit Erfolg Oxygeneinathmung verordnet etc.

13. *Inhalationsapparat,* verbessert von Dr. WEIL etc. ibid.



14. *Gasofen.* ibid.

15. *Kings College Hospital.* Portugal Street 7. Lincolns Inn.

Grosses Gebäude mit prächtigem Treppenhaus; die Zimmer lang, mit 16 und mehr Betten, einerseits mit Fenstern in's Freie, andererseits auf den Gang oder auch in ein anderes Zimmer. Keine besondere Ventilation. Betten sehr nieder, eisern, unten mit Kasten für die Kleider versehen. etc.

16. *Hospital for sick Children.* 48 und 49 Great Ormond Street.

Jährlich 760 Kinder verpflegt. 11000 Outpatients (poliklinische Fälle) etc.

17. *Privatspital für Kinder* Queens Square.

Freiwillige Beiträge. 3 vornehme Damen abwechselnd anwesend. Räume unpassend zum Spital. Grosse Reinlichkeit, gute Verpflegung.

18. *British Museum;* Lesezimmer.

2000 Bände Cataloge, alphabetisch, alle Disciplinen umfassend. Cataloge über periodische Schriften. Besondere Cataloge für ältere Sachen.

19. *Feverhospital,* Liverpolstreet, Islington, besucht 19. Okt. 1867.

Grosses Gebäude; Portierhaus, Garten, Mittelbau für Wohnungen der Aerzte, schönes Esszimmer; im Hinterhaus Küche — 2 Flügel, 1 für Männer, 1 für Weiber, hinter letzterm ein Sektionshaus etc.

20. *Westminster Hospital,* nordwestl. gegenüber der Abtey, besucht am 22. Okt. 1867.

Das Westminster*spital* ist ebenfalls aus Privatmitteln fortgeführt, nach einer Seite frei gelegen. Grosses, massives, altes *Gebäude,* mit winkligen, nicht hellen Räumen. *Operationssaal* klein, aber praktisch. Etwa 25 Zuschauer etc.

21. *Bartholomeus Hospital,* besucht am 23. Oktober 1867. Smithfield.

Grosses Gebäude aus mehreren getrennten Häusern bestehend. Geräumige Höfe. Operationssaal gross, Raum für 80 Studenten und mehr; Stehplätze. Geräthschaften sehr einfach, plump. Schlecht aussehender Operationsstuhl. Tisch plump. *Operationstag:* Mittwoch, 1½ Uhr. Chloroformirt wird mit einfachem Tuche; die Menge Chloroform bei jedem Aufgiessen wird durch Einschütten in ein Reagensglas controlirt. Gute Narkosen etc.

22. *St. Georges Hospital,* Hydepark Corner, 265 Betten, besucht am 24. Oktober 1867.

Auf freiwillige Beiträge gegründet. Grosses Gebäude, massiv, vergrössert sich noch durch Neubau.

Operationstag: Donnerstag und Samstag, 1 Uhr. *Holmes:* Exstirpation eines Scirrhus oberhalb der linken Mamma.

Vor jedem Operationstag ist eine Consultation, der behandelnde Chirurg hat zwar die Hauptstimme, doch entscheidet die Mehrheit.

:wischen je 2 Zimmern hat die « Chefbonne » ihr Wohnzimmer, von dem sie in ihr ein Stock höher gelegenes Schlafzimmer kommt. Nur weibl. rtepersonal.

3. *Fergusson*. Kings Coll. Hosp. Operationstag Samstag, 2 Uhr; besucht am Okt.

peratiomssaal: gross; Amphitheater, 9 Reihen Stehplätze, für 120 Studenten m. Oberlicht. Amerikan. Operationstisch, massiv. — Eine Menge Operaen angezeigt. Chloroform nach alter Methode, Tuch etc.

4. *Operationen in Guys Hospital*. Dienstag den 29. Okt. 1867, 1/2 2—1/2 4 h. OCK unter DURHAMS Hülfe operiert: Epitheliom des Penis; *Carcinom der l. st*, longitud. verlaufender Bogenschnitt. Convexität nach aussen. Harter, ızend-weisser, in der Mitte ein Blutextravasat tragender, faustgrosser Tumor, aussen und hinten her lospräparirt und dann erst mittelst eines nach innen :exen Schnittes die Ellipse vollendet. — Genaue Heftpflastervereinigung etc.

5. *Ovariotomie* von SPENCER WELLS; *Samaritan Hospital* für Frauen- und lerkhten. Edwardstr. Portland Sq. 30. Okt. 1867.

ıne Seaton, kräftige, gut genährte Patientin.

mmer im 3. Stock, drei Fenster, während der Narkose das mittlere geöffnet erst bei Beginn der Operation geschlossen, Ventilationsvorrichtungen vorlen. Ein helles Feuer brennt im Kamin; Temp. ziemlich hoch, etwa 17°. ·ationstisch an einem Fenster, Fussende diesem zugekehrt; Krankenbett am :rn Fenster, neben dem Kamin, die linke Längenseite dem Fenster zuget. — Anwesend 3-4 Assistenten und etwa 12 andere Kollegen, die erst nach Narkose eintreten. Chloroformiren durch ein auf einem Metallgerüste ausannten Tuche mit Schwamm. Gesicht verhüllt. Narkose tief, auch während Nähte unterhalten; Erbrechen trat während der Operation ein und nachjedoch kein Collaps. — Bauch durch Guttaperchatücher mit Heftpflaster renzt.

encer Wells steht rechts. Schnitt in der Mittellinie, 2" unter dem Nabel ınend, 4" lang, aus freier Hand bis auf das Peritoneum; eine kleine blu- Arterie mit « Pressartère » geschlossen. Peritoneum mit Pincette in Falte ben, Incision; darauf mit Knopfbistouri auf gleiche Länge mit der Hautle gespalten. Nun ist die blauviolette Cyste sichtbar, gegen welche der eine tent links (Hände von oben her) die Haut andrängt. Fluktuation rasch ge- und nun ziemlich in der Mitte, der dicke Troicart mit 1/2" langer Spitze :stossen, der Schlauch hängt in den Kübel. Hahn geöffnet, worauf die theil- gallertige, theilweise braunschmierige Flüssigkeit auszufliessen beginnt. ıssistent folgt dem Druck leicht. Nun kommen Brechbewegungen, bei jeder

Inspiration wird die Cyste mehr und mehr herausgetrieben; nun werden die federnden Haken eingeschlagen, um an der Cyste ziehen zu können; ein Einriss wird durch eine flache Zange comprimirt; trotz reichlicher Entleerung kommt die Cyste nur 6″ weit heraus; der Schlauch wird entfernt, die Oeffnung mit der Hand erweitert, die eingeht und eine Menge zäher gallertiger Massen und viele dicke Flüssigkeit entleert; mit einiger Mühe hebt die Hand (im Innern der Cyste) aus dem kleinen Becken eine intakte, herzförmige Cyste heraus, die ziemlich fest eingekeilt war; nun folgt die ganze Cyste, an der noch eine weitere kleine Cyste von Faustgrösse und Herzform anhängt; eine bandartige $^1/_2$″ breite Adhæsion wird mit der Hand getrennt und zwei blutende Gefässe nachher sorgfältig mit der glühenden Pincette behandelt. — Die Klammer wird nahe der Cyste angelegt, um den ziemlich langen Stiel, der drei Finger dick ist und mehrere sehr dicke (1 über Fingerdicke) Venen enthält; darüber mit dem Messer abgeschnitten.

Zur Stillung der Blutung in der Adhæsion gebraucht man eine Pincette, deren Branchen je eine Gasröhre enthalten, die durch einen Schlauch gespeist werden. Hinter dem Ende einer jeden Branche lassen 12 kleine Oeffnungen das Gas ausströmen und machen so die Branche glühend. Ein Ebenholzbeschlag schützt die Finger des Operirenden; es entsteht ein kleiner Schorf. Der Stiel kommt in den untern Wundwinkel; die Wundränder werden gereinigt und nun genäht. Erste *Naht* dicht über dem Stiel, Zweite am obern Winkel, Dritte die 2oberste, Vierte die 3oberste, Fünfte die 2unterste, Sechste die 3unterste und Siebente die mittlere. — Seidenfäden (amerikan. dünne Seide), je 2′ lang, an jedem Ende eine $1^1/_2$″ lange, gerade Nadel. *Spencer Wells* sticht, von dem Bauchfell 1″ mitnehmend, 3‴-2‴ vom Hautrande aus, zuerst die Seite gegenüber (links), dann die ihm zugekehrte Seite nehmend. Nachdem die Fäden liegen, geht er mit einem kleinen Schwamm ein und tupft auf (Schwamm schmierig, ohne Blut); mit der Hand fühlt er nochmals hinein, was er übrigens auch gleich nach Entfernung der Cyste tat und vereinigt nun exact, je dreifache Knoten schlingend. Enden lang abgeschnitten. — Nun trennt er mit dem Messer den überschüssigen Teil des Stiels, nur 3-4‴ ihn vorragen lassend; reinigt den Bauch, legt kleine Lintstückchen unter die Klammern, betupft die Stielwunde genau mit Ferr. sesquichlorat. in Substanz, legt auf den untern Teil der Wunde Lintbäuschchen, oben mehrfach zusammengelegtes Lint, befestigt dies mit drei 2″ breiten Heftpflasterstreifen, die von einer Spina il. zur andern reichen; der obere Teil des Bauches mit Watte bedeckt, zum Druck; diese ebenfalls durch Heftpflaster angedrückt. *Wells* und ein Gehülfe tragen die Frau in's Bett, wo noch eine Serviette umgelegt und mit Nadeln fixiert wird. (Nochmals Erbrechen.) Champagner ...

eit. — Rouleau herabgelassen, span. Wand vorgestellt. Dauer der Operation
ne Chlorof. Narkose) 35 Minuten.

pencer *Wells* operirt in einems tark gebrauchten Rock, schlägt nur die Aer-
l zurück.

6. *Ovariotomie* von *Spencer Wells*. 31. Okt. 1867. Portman-Street, Port-
n-Square.

Elegantes Privatzimmer mit zwei Fenstern. Kaminfeuer brennt dicht hinter
n Operationstisch. Fussende des Tisches gegen den Fensterpfeiler; schmaler
rationstisch auf dem die Patientin, eine noch junge Person, ganz horizontal
t; Kopf nur wenig erhoben; unterhalb den Knieen ein Gurt, Bauch nicht
r gross, nicht gespannt. — *Dr. Richardson* narkotisirt mit seinem *Bichlor-
thylen*, Geruch chloroformähnlich, doch milder. Narkose sehr ruhig, in drei-
rtel Stunden zwei bis drei Zuckungen; Puls schwankt sehr, 72-84; einmal 66
l schwach, dabei die rechte Pupille weit; beim Handiren in der Bauchhöhle
igt der Puls auf 98, fällt aber gleich nachher auf 72. Kein Erbrechen. In der
rkose in's Bett gebracht. Operation dauert drei-viertel Stunden. Hautschnitt
₂". Bauchfell nicht adhærent. Cyste dunkel-violett, sehr gefässreich. Punktirt,
leert sich sehr vollkommen; chocoladeartiges Fluidum; einkämmerige Cyste;
r kurzer Stiel; viel arterielle Gefässe. Er fasst mit breiter Zange, brennt mit
n Gaskauterium und Glüheisen, schneidet dann mit dem Messer ab; sengt
t einem schmalen Glüheisen nochmals zwischen den Spalten der Zange, öffnet
n, muss etwa vier Ligaturen und dann noch eine « en masse » Ligatur durch
Hälfte des Stieles anlegen (Durchstechung mit Nadel), tupft das Blut aus;
ht den breiten Stiel an die rechte Seite der Wunde an; schliesst mit 6 tiefen
d 3 oberflächlichen Nähten, Lintcompressen, Heftpflaster mit Watte. Serviette.
(Folgende Skizzen sind eingezeichnet: Richardson's Bichlormethylapparat;
ell's Gaskauterium, Ferrum candens, Compressorium, auf dem geglüht wird,
erscheitt; zwischen die seitlichen Rinnen eingeschobene dünne, die Hitze
ht leitende Platten.)

26 a. *Nachbehandlung und Verlauf der Fälle Nr. 25 und 26.*

Fall 25. Am 30. Okt. nach der Operation Erbrechen. Uebelbefinden der Patientin.

Fall 26. Am 13. Nov. fast völlig geheilt.

Am 6. November geht es nach *Wells* eigener Angabe beiden gut. Am
. Nov. die Patientin Nr. 25 angekleidet im Bett munter gefunden, ebenso
ne am 6. November operierte.

27. *Ovariotomie von Spencer Wells* im Samaritanhospital, am 13. Nov. 1867.
Elizabeth Saunders, Frau von etwa 50 Jahren, gut genährt. Ziemlich grosses
domen. Anæsthesie mittelst Bichlormethylen mit *Richardson*'s Apparat durch

Dr. *Jungker*. Die Narkose ist gut, ohne Erbrechen, doch spricht Patientin viel und stönt stark, als *Wells* in der Bauchhöhle manipuliert.

Dickes Fettpolster. Ein Gefäss wird mit einer « Presse Artère » gefasst, nicht unterbunden. Cyste bläulich, schon vor der Punktion entleert sich Eiter. Inhalt dick gallertig. Erweiterung durch Schnitt. Die eingeführte Hand holt die festen Teile heraus und zieht die Cyste mit vielen kleinen Cysten heraus. Eine $1^1/_2$'' breite Adhæsion wird mit den Fingern gelöst und temporär in eine Klammer gebracht. Stiel in der Klammer, breit; nachher dicht an dieser abgeschnitten. Die Gefässe der Adhæsion vergeblich durch festes Pressen mit einer Zange zu stillen gesucht; 3 Ligaturen « en masse » erforderlich. — 5 tiefe Nähte (1'' Fettschichte) und 3 oberflächliche. Verband wie früher. Kissen unter die Beine. An der Cyste eine eitrig zerfallene Stelle. — Blut und Eiter aus der Bauchhöhle mit Schwämmen aufgetupft, — Dauer der Operation 35 Minuten.

28. *National Orthopædic Hospital,* besucht am 5. Nov. Great Portland Street.

Garten vor dem Hause; 4-stöckiges Gebäude; kleine, niedere Räume ohne Ventilation. Parterre: Operationssaal, gegenüber Gypsabgusssammlung etc. (2 Skizzen über eine orthopædische Maschine und deren Applikation.)

29. *London Hospital,* Whitechapel, besucht am 6. November.

Grosses 3-stöckiges Gebäude, mit neuem Anbau, durch einen Hof von der Strasse getrennt. Lange, schmale Zimmer, viele Fenster, hoch; wenig Betten in einem Raum; für Operierte kleine Zimmer. *In einem Flügel alle Zimmer mit poliertem Gyps (?) ausgekleidet um Pyæmie zu verhüten, was nicht gelang.* Früher war durch Dampf getriebene künstliche Ventilation da, die man aber als unnütz aufgab; sie ist durch Fenster und Kamine ersetzt. Im mit dem Hauptsaal weit communicierenden Vorzimmer brennt Sommer und Winter ein Kaminfeuer. Betten mit Vorhängen um die obere Partie. Eiserne Bettstellen. Weibliches Wartpersonal mit männlicher Hülfe. Kostzettel ausführlich. Krankenbericht kurz.

Im Spital wirken 3 Professoren, der Chirurge *Adams*; *Hutchinson* und *Curling* für Hautkrankheiten; 2 sogenannte Assistenten (ausserhalb wohnend): *Cooper* und *Little* und 3 House Surgeons (gerade erst promovierte Dr., je ½ Jahr bleibend), ausserdem schlafen stets drei « Dressers » (abwechselnd mit andern) da. Die Aerzte kommen 3 — 4 mal in der Woche von 1 — 4 Uhr; in der Zwischenzeit besorgen die House Surgeons die Kranken, oder die Aerzte helfen sich aus. *Little* hat einen magnet-rotator. Telegraphen bis zu seiner Wohnung mit Buchstabentelegrammen und Glocke. Die Aerzte haben ein Absteigezimmer. Ausserdem ist ein Raum für Accidents da, mit Nebenzimmer für Frauen, beständige Aufsicht, Bücher darüber geführt. Heftpflasterwärmer (Skizze). Der Operationssaal klein, gut beleuchtet durch schiefes Oberlicht. Warmes und kaltes Wasser

grossen Nebenzimmer schöne Wascheinrichtung. Operationstisch einfach. trumente handlich aufbewahrt; ein Instrumentenmacher reicht sie. Chloromiert wird mit *Esmarks* Schirm und Tropfflasche etc.

)r. *Curling* zeigt einen gestern operierten *Damm-Mastdarmriss*; mit Metallihten genäht etc.

10. *Obstetrical Society von London*, Sitzung am 6. Nov. abends 8 Uhr (jeden ten Mittwoch im Monat).

)er Präsident Dr. HALL DAVIS auf rotem Stuhle, lässt das Protokoll lesen und erschreibt; beeidigt 3 neue Fellows. BARNES hält einen Vortrag über « Geitslagen » und gibt Photographien und Stereoskopien herum; zuletzt wird eine rift von *Braxton Hicks* durch den Sekretär verlesen. An der Diskussion eiligen sich *Barnes*, 3 Andere, der Präsident und *Hicks*. Die Sitzung dauert 8—10; alle Wände mit Bücher garniert etc.

1. *Middelsex Hospital*, Charles Street, besucht am 7. November.

-stöckiges Gebäude mit doppelten Flügeln; vorn Hof und hinten Garten und er diesem das Sektionshaus; Hörsaal (schönes Amphitheater), Bibliothek mit liertischen und Museum mit schönen Wachspräparaten. (Entwicklungshichte etc.) Ventilation im ganzen Haus, durch Maschinen getrieben. Löcher er Decke. Vorrichtungen zum Heraufbefördern von Kranken und Speisen. sse Wartzimmer mit Bänken für die Ambulanten. Apotheke mit Schalter neien gratis). Chirurgie, Medicin, Syphilis, Infektionskrankheiten, *Frauenkheiten*.

iserne Betten auf der Wöchnerinnen-Abteilung, mit Umhängen. Fenster teilig; Vorrichtung, um die Arzneigläser zu fixieren. Vorrichtung, um im keine Dämpfe inhalieren zu lassen.

der *Ambulanz*: *Uteruskrankheiten*; ein *Kind mit Hirndrucksymptomen*; er *gynæcologischen Abteilung*, die 8 Betten hat (Dr. *Hall Davis* Oberarzt, *Rice*, Assistent): 1 Ovarientumor, seit 2 Jahren bestehend, solid, jetzt Periverursachend, 1 Ovarientumor, solide, ohne bedrohliche Erscheinungen; irpation eines Uteruspolypen, der Blutungen verursachte; sonstige Menorren etc.

n der gynækologischen Abteilung wird fleissig Puls gezählt.)

eberall weibliche Abwartung; die « sisters » sehr verständig.

nter *Davis* steht auch noch ein geburtshülfliches Ambulatorium mit etwa) jährlichen Geburten. Poliklinik versehen durch Studenten und durch stenten. Stethoskop mit 2 Röhren (Skizze).

!. *Dr. Anstie's Ambulanz im Westminsterhospital am 7. November und Basham's interne Klinik etc.*

33. *Dr. Greenhalgh's gynæcolog. Ambulanz im St. Bartholomeushospital:* besucht am 9. November.

Hintergebäude des rechten Flügels. Die Frauen, auch einige mit kleinen Kindern, warten im Ambulanzzimmer selbst, wo ein Assistent der Reihe nach die einfachste Anamnese (Name, Alter, Zeit der Verheiratung, Zahl der Geburten: wann die Letzte; Früh- und Fehlgeburten; letzte Menstruation, Gewerbe) aufnimmt, dieses in den Kopf eines Bogens einträgt und ihn der Frau übergibt; gleichzeitig trägt ein anderer Assistent Alles in ein Buch ein. Dr. *Greenhalgh* nimmt nun am Tische, neben der Patientin sitzend, die weitere Anamnese auf und trägt sie selbst in den Bogen ein (seit wann krank, wo Schmerz, wie die Menstruation, ob Ausfluss etc.). Nachdem eine Anzahl soweit abgefertigt sind werden die Genitaluntersuchungen gemacht. Im Ambulatorium selbst steht hinter einer spanischen Wand ein niederes, wachstucbüberzogenes Bett; im Nebenzimmer 2 höhere Betten. Touchiert wird im Liegen in der Seitenlage, das Gesicht der Wand zugekehrt, darin auch Vorfälle reponiert und Pessarien eingeführt. Abdomen in der Rückenlage untersucht. Percussion mit Finger, Plessimeter und Hammer. Nach jedem Touchieren wird der vorher mit Oel bestrichene Finger getrocknet und dann einmal in etwa $^{1}/_{5}$ $^{0}/_{0}$ Kal. hypermang. lösung getaucht; erst zuletzt wird die Hand gründlich gewaschen. — *Sonde* von *Kiwisch*. *Specula* schwarz mit Silberbelag. Eleganter Kasten für dieselben.

Pessarien sehr viel gebraucht bei Vorfällen, *Hebel P.* und *Hodge's Pessarien* sehr biegsam, von allen Grössen, einfache, doppelte und ausserdem nach *Flügelpessare,* durch eine Darmsaite aneinandergehalten oder mit Charnieren. die 2 Stiele werden, um die Flügel auszubreiten, an einander gedrückt und in eine Kautschukröhre eingeschoben, um nicht verletzen zu können.

Bei *Blutungen* gibt man Acid. sulfur. — *Chronische Metritis* wird oft diagnosticiert; auch durch Entbindung entstehend (unvollständige Rückbildung), bleibt der Uterus gross; ausserhalb des Puerperiums entstanden, bleibt er meist klein, wenn nicht Congestion hinzutritt. *Behandlung,* kalte Injektionen, innerlich Kal. jod; zugleich abführende Salze, auch Hg. Cl., sowie Eisen und später Chinin. Als Eisenpräparat wird oft Syr. ferri jod gegeben, 2 mal täglich eine Drachme. Mit Mercur. gibt man meist Belladonna.

Greenhalghs hat ein grosses Material, gewiss 40—50 Patientinnen jedesmal, zum Teil aus bessern Ständen. Apotheke im Haus. Arznei gratis.

Ich sehe: grosses, tiefsitzendes Uterusfibroid, das früher vergeblich reponiert wurde, jetzt aber mittelst eines Pessariums gut hält; 1 Ovarialtumor (vom rechten Ovarium ausgehend); 1 grosses, am Fundus sitzendes Uterusfibroid; 2 Uterusvorfälle; mehrere Carcinome; Chron. Metritis — bei Einigen fand sich

:hts Objektives. Die geklagten Schmerzen wurden als Kolik gedeutet. Bei ıer Patientin mit grossen Brüsten wird auf Gravidität geschlossen, allein nichts funden.

G erzählt, dass er mit *Lavage, Sir Will. Fergusson* und einem Dritten die ıgnose auf fibrösen Ovartumor gestellt habe; die Operation begann; man fand ı grosses Uterusfibroid. Genesung.

Bei *Steriliät* bemerkt man oft einen strammen, engen Uterushals; sie disci-ıren öfter, lieben aber die Amputatio colli nicht. Bei Uterusverhärtung werden ɨle Laxantien gegeben.

34. *Operationen am King's College*. Samstag den 9. November, mittags 2 Uhr. Dr. SMITH, jung, operiert in der Narkose eine etwa 50 jährige Frau mit ɔssem *Mastdarmvorfall* (seit 7 Jahren), Anus weit öffnen. Er lässt bei Beginn r Narkose durch Drängen der Frau den Vorfall kommen (dies ist immer zu ı vor der *Narkose*, weil nachher die Frau nicht mehr drängt) und von sistenten mit 2 Pincetten fassen. Nachher fasst er mit 2 Zangen (Skizzen) je ıe seitliche Falte, schneidet mit krummer Scheere und stillt mit ferrum can-ns die Blutung; nachher noch 2 vordere kleine Falten.

Dr. *Forgusson* operiert *Wolfsrachen* etc., *Boutonnière* etc., *Zungencarcinom* :., *Balggeschwulst* etc. und *Punktion einer Ovarialcyste* bei einer 76-jährigen ıu (ohne Narkose); sie war schon 5 mal punktiert; Ansammlung stets sehr ıch. Ihr hohes Alter contraindiciert die Ovariotomie. Einstich in die Linea ıa, nach vorherigem Hautschnittchen, mit dickem Trokart und langem Schlau-ɜ; klare Flüssigkeit; Heftpflaster; Lintcompressen, Heftpflaster, Bauchbinde. eration im Liegen vorgenommen.

Dr. *Wood* amputiert eine Mamma.

35. *Greenhalgh: Ueber gynækologische Instrumente und Kaiserschnitt* etc., ıvatvortrag den 11. November.

Greenhalgh ist mit der Herausgabe einer Schrift beschäftigt, welche die Zu-sigkeit des Kaiserschnittes befürworten soll. Er selbst machte 9 mal denselben d ein College einen. Von diesen 10 genas Eine und eine Operierte starb am . Tage an einer Ruptur des Colon descendes, das in dem sehr engen Becken ıgeklemmt war.

Veranlassung zur Operation gaben: Beckenenge durch Rachitis und Osteo-ılacie; Carcinom der Cervix. Die Mütter starben am 2., 3. und 4. Tage an llaps, eine am 5. Tage an Pyæmie, eine vor Beendigung der Operation. Von ı Kindern wurden 5 lebend zu Tage befördert und blieben am Leben. Einige ıren vor der Operation schon todt, die andern waren noch zu jung (6 — 8 ınate); sie lebten nicht lange. *Greenhalgh* machte die Sectio cæsarea einmal

nach dem Tode der Mutter; das Kind hatte erst 7 Monate und überlebte die Operation nur um einige Augenblicke. Ein Vergleich von 5 *Kaiserschnitten* bei engem Becken mit 5 *Craniotomien* bei gleich engem Becken ergab, dass in allen 10 die Mütter starben, jedoch erst etwas später, als nach der Craniotomie, dass aber beim Kaiserschnitt 3 Kinder gerettet wurden. Den *Kaiserschnitt* macht Greenhalg gerne vor Ende der Schwangerschaft, besonders im achten Monat. *Hautschnitt* mit bauchigem Skalpell, dann mit geradem Knopfmesser auf dem Finger geschnitten. Bei der *Naht* wird das Peritoneum mitgenäht.

Bei Placenta prævia wendet er nie (ausser bei Schulterlagen), sondern tamponiert mit einem Kautschuk-Colpeurynter, der mit *Spongopiline*, das über die Blase genäht wird, überzogen ist; das Blut gerinnt und verfilzt sich mit dem Tampon, der deshalb nicht ausgleiten kann. (Skizze.)

Placentaradhæsionen weichen fast immer dem *constanten Druck* auf den Uterus, den er nach jeder Geburt während $^1/_2$ Stunden ausübt. Wenn er die Frau verlässt, so legt er einen mit kaltem Wasser gefüllten Kautschukring auf, der zweckmässig drückt. (Skizze.) Um Stücke der Placenta zu holen, benützt er eine lange Zange. (Skizze) Den Uterus spekuliert er mit einem einfachen Tubus (Skizze) oder mit dem für die Scheide gebrauchten *Endoskop*. (Skizze) Als Scheidenspiegel hat er schwarze, silberbelegte Röhren, oder ein Bivalvus-Speculum mit flach gekümmten, breiten Blättern, gut für Operationen sich eignend (Skizze) oder ein 4 blättriges Speculum. Als *Analspiegel* wendet er den gewöhnlichen 2 klappigen Spiegel an. (Skizze.)

Beckenmesser, aus verschiedenen Vorstufen bildete sich einer heraus, mit dem er auf $^1/_6$ Linie messen kann. Um die vordere Partie der rechten Hand wird ein starkes Gummiband geschlungen, dass die Finger auseinandergepresst hält. An der Volarseite des Ringes ist ein metallener Schild angebracht, der einen mit einer Gabel versehenen, für die Aufnahme des Index bestimmten Fortsatz trägt. In der Mitte der Platte dreht sich um einen Zapfen als Axe ein langer Stift, vorn mit breitem, stumpfen Ende, die hintere, dünnere Partie läuft an einer Scala hin, um direkt abzulesen. (Skizze.)

Zur Bestimmung der Breite und Dicke der Uterushöhle construiert *G.* ein noch nicht vollkommenes Instrument. Durch Verschieben eines Knopfes an einer Scala springen 2 stumpfe Arme vor, die einmal zur Bestimmung des Durchmessers von vorn nach hinten und dann seitlich dienen. (Skizze.)

Uterussonden von *Simpson*, nicht die von *Sims*. Für Studenten gebraucht er eine mit sehr breitem, verstellbaren Knopfe, damit sie keinen Schaden anrichten.

Amputation des Cervix macht *G.* bisweilen nach vorhergehender Discission. Früher wegen der Blutung eine Schlinge (starker Draht am Constrikteur) ge-

ıuchend, operiert er jetzt nur mit Messer, Scheere und Pincette. Die Blutung gering; ebenso operiert er Polypen und auch bei Carcinom schneidet er fest t der Scheere. Scheeren (*Braun's*, *Sim's*) doppeltgekrümmt, knieförmig etc. d meist sehr stark. — Zum Fixieren von beweglichen Polypen dient ihm ein- ɔpelt verschieden gekrümmter Haken. (Skizze.)

Ein ähnlicher Haken mit Röhre wird gebraucht, um krankhafte Teile gegen e Fläche anzuziehen. (Skizze.)

Blasensprenger: Röhre mit verschiebbarem, pyramidalen Stilet (Skizze); ı *G.* selbst als unnötig erachtet.

Aetzungen der Uterushöhle mit soliden Causticis, von *G.* oft mit gutem Erfolg l nie Gefahrbringend angewandt. Um Aetzmittel in den Cervix zu bringen, ımt er *Brauns-Apparat.* Um z. B. Höllensteinlösung einzuträufeln, benützt eine Röhre, die vorn enger wird und vielfach durchlöchert ist; in die ıtig angelegte Röhre wird von hinten ein in die Lösung getauchtes und mit əm doppeltgekrümmten Haken angespiesstes Schwämmchen eingeschoben, beim Vorschieben sich von selbst auspresst. (Skizze.)

Um Salben an den Uterus zu bringen, benützt er eine Röhre mit dicht schlies- dem Stempel. (Skizze.)

Discission des Uterus nahm er in mehr als 300 Fällen vor; sehr oft folgte wangerschaft bei früher lang sterilen Frauen. — Verschiedene Discissoren, einer von aussen schneidend (Skizze), den von *Sims*, seinen eigenen, von en schneidend (Skizze q.), bei dem die Klingen gestellt werden können. chlossen bringt man das Instrument ein, zieht dann am Griff zurück, wobei Klingen winklig auseinander- und zurückgehen.

ach der Discission oder ohne sie, legt er zur Dilatation *Fischenbeinröhrchen* verschiedenen Kalibern ein, die mit einem Mandrin geschlossen eingebracht den und beim Zurückziehen desselben 2 winklige Fortsätze enthalten, die ınders, wenn sie rückwärts gerichtet sind, ein Zurückgleiten unmöglich hen. (Skizze.)

ur *Dilatation* dienen ihm auch *Bleicylinder.* Man schlingt um die Branchen r Zange mit dünnen Enden im geschlossenen Zustande eine dünne Blei- e, öffnet dann unter Drehbewegungen das Instrument und das Blei wickelt auf und los. (Skizze.)

ɔwohl das Fischbein als den Bleicylinder liess er 14 Tage und länger liegen, e die mindeste Reaktion zu bekommen.

egen *Ante- und Retroflexionen* schiebt er kleine Röhrchen in den Uterus ein, n der Mitte mit einem Charnier versehen sind und mit einer Feder, welche Direktive gibt in der entgegengesetzten Richtung der Flexion; diese Röhr-

chen üben einen beständigen Druck aus, der weder Reizung noch Entzündung verursacht. (Skizze.)

Zum *Abkneiffen von Polypen* benützt *G.* einen Apparat, vermittelst welchem durch eine runde Eisenstange der Stiel des Polypen gegen eine Platte angedrückt und durchquetscht wird. (Skizze.)

Bei *Blasenscheidenfisteln* benützt er statt des *Sims*'schen Scheidenhalters einen zierlichen, mit « geriefter » Flächen, der weniger leicht abgleitet. (Skizze.)

Zum *Zurückziehen von Weichteilen* bei Ovariotomie (die er übrigens nie ausübte) hat er eine flache Zange, die durch zwei flache, gekrümmte und aufeinanderliegende Blätter gebildet wird. (Skizze.)

Für *Arzneimittel* trägt er stets eine kleine Blechschachtel mit 12-erlei Pillen nach. (Opium, Hydrarg. Croton, Colocynth. etc.).

Chloroformapparat: abschliessbarer Raum mit dem benetzten Schwamm, von da aus Röhre zum Munde mit Exspirationsventil; der Mundansatz ist auch abschliessbar, um dem Patienten gar nichts beikommen zu lassen.

36. *Ambulanz im London-Free-Hospital, Whitechapel.* Täglich von 1 ... bis 3 u. 5.

80—200 Personen in der chirurg. Ambulanz, von einem Assistenten ... Surgeons und Studenten besorgt. Grosses Wartzimmer mit langen Bankreihen. Links und rechts vom Ordinirzimmer männliche und weibliche « Dressingrooms » zum Verbinden, etc.

37. *Spital für Paralytische und Epileptische,* Queens Square. besucht am 12. November.

mittags $^1/_2$ 3 Uhr, ist die « Out-Patient » Zeit, wo die Aerzte da sind. Das Spital wurde vor 5 Jahren gegründet aus freiwilligen Beiträgen, durch die es auch fortgeführt wird und vergrössert werden soll. Geleitet wird es durch ein Komitee von Herren und Damen; da erstere weniger Interesse zeigen, so haben die letztern freie Hand, was Küche, Wäsche, Möbel etc. betrifft. Die Komitee-Damen sind meistens Schenkerinnen, so auch die uns herumführende Schwester, die jährlich £ 2000 gibt. —

Im Anfang des Bestehens war *Brown Séquard* Arzt, nun sind es *Re...*, *Ramskill* und *Buzzard*. — Folgt eine genaue Beschreibung der Gebäulichkeiten, der sich vorfindenden Apparate etc. etc.

38. *Vortrag von Benj. Richardson über Anæsthetica.* 12. Nov. 1867. ... bis 6 Uhr, in Hinde Street, 12; Manchester Square near Portmann Square.

Etwa 60 Herren da, meist ältere Doktoren, darunter *Holthouse*, *Gre...*, *Jungker*, *Arendrup* etc. — Experimente an Tauben mit Narcoticis und weissen Mäusen. Grosse Tabelle der Anæsthetica: Namen, chem. Zusam...

tzung, Siedepunkt, physikalische Eigenschaften (brennend oder nicht), Atom-
:wicht (x als Einheit). Die Wirkung der Anæsthetica hängt nicht vom Siede-
ınkt und von der Formel, sondern von dem Atomgewicht ab; leichte Gase
erden weniger rasch durch Membranen diffundiert, also gehen sie langsamer
's Blut über.

Im Speciellen wirkt Bichlormethylen besser als Trichlorformyl, indem es nie
brechen und weniger Aufregung macht. Am schnellsten wirkt Chlormethyl
it Aether (Compound Aether). Bichlormethylen brennt leider sehr leicht. De-
›nstration der Herzbeschaffenheit und des Blutes naeh Tödtung durch ver-
hiedene Anæsthetica.

39. *Chirurg. Ambulanz im London-Hospital, bei Little;* besucht am 14.
ıvember.

Luxation des Humeruskopfes nach vorn, Glasschnittwunde, complicierte
ıerschenkelfraktur etc. etc.

Scheiden Mastdarmfistel nach Geburt, schon einmal mit Metallnähten genäht,
bessert, geht auf einige Wochen auf's Land. Weitere spontane Schrumpfung
erwartet.

40. GREENHALGH's *Ambulatorium.* Bartholomews Hospital, Samstag, den
. November, 9—12 Uhr.

Verschiedene Fälle von *Chronischer Metritis* und *Uteruscongestion,* durch-
ıends innerlich behandelt mit Ka. J. und Abführmitteln, sowie Sublimat mit
ladonna. Nach Jahr und Tag Besserung; mit Abnahme der Congestion sieht
n dann sehr oft Conception auftreten; so wird heute bei einer Frau, die 14
re verheiratet ist und schon lange an chronischer Metritis leidet, Schwanger-
aft diagnosticiert.

Bei *Hyperlactation* bemerkt *G.* oft *Subinvolution.* (Abführmittel, Ka. J.)

Fall von hochgradigem Uteruscarcinom, das aber noch nicht zur Ulceration
ührt hat. Natürlich fehlt jeder Ausfluss, der sonst zur Diagnose « Carcinom »
unentbehrlich gehalten wird. Freilich ist aber ein so hochgradiges Wachs-
ı ohne Ulceration selten. — *G.* findet im Allgemeinen, dass Frauen mit Car-
›ma uteri gleich anfangs *heftige Schmerzen* haben, während bei einem *Epi-
'iom* die Schmerzen erst viel später auftreten, nachdem das Leiden schon
t gediehen ist und wo die Frauen kaum eine Ahnung hatten, krank zu sein.
n Betreff des sogen. *Erweichens von Fibroiden* erzählt *G.* einen Fall und
ıpft daran die Belehrung, dass, wo immer ein Fibroid unter der Behandlung
ner und weicher werde (resp. kleiner zu werden scheine), wo aber die
morrhagien stärker und stärker würden, es sich um Fibroid handele, das vor-
interstitiell gewesen, sich dann aber mehr und mehr gestielt und polypöse

Form angenommen habe. — Ein geschickter Gynæcologe hatte eine Frau m grossem Uterusfibroid behandelt, dieses wurde während Monate langer Behandlung evident kleiner und weicher; da aber die Blutungen stärker wurden und das Leben bedrohten, wurde *G.* zugezogen, der einen faustgrossen Polypen im Muttermunde fand; er operirte ihn, die Frau genas und der behandelnde Arzt verlor seinen Credit.

Fall von polypösem Tumor im hintern Scheidengewölbe, der lange verkannt worden war. Der Tumor war sehr gross und hatte das hintere Scheidengewölbe hoch hinaufgedrängt. Der Uterus folgte und befand sich in der Nabelgegend der vorderen Bauchwand dicht anliegend. Ebenso war die Blase stark in die Höhe gedrängt und die Harnröhre dadurch bis auf 9" verlängert. — Bedrohliche Blutungen verlangten die Operation. Der Polyp war zu gross, um ganz herausgefördert zu werden. Man zog ihn möglichst tief herab und schnitt ein keilförmiges Stück aus der Mitte heraus; der Polyp dadurch kleiner geworden lässt sich tiefer bringen; man fuhr so lange fort; es stellten sich wehenähnliche Contraktionen ein; der Polyp nahm eine konische Form an; eine nicht zu stillende Blutung brachte aber den Tod.

Fall von Retroversion mit *Hodges Pessarium* behandelt (Skizze).

Hysterie mit enormer *Urinansammlung in der Blase,* in ganz kurzer Zeit. In zwei Stunden wurden mehrere Schoppen angesammelt; Farbe hell, spez. Gewicht 1004.

41. *Fergusson: Operationen* am 16. November.

a) Gespaltener Gaumen etc. *b)* Hasenscharte etc. *c)* Caries des Kniegelenks etc. (mit Skizze).

d) Exstirpation eines gänseeigrossen *Sarcomes* oberhalb *der linken Mamma* bei einer etwa 40jährigen Frau. Eleganter Ovalschnitt.

42. *London-Hospital. Chirurg. Ambulanz.* 18. Nov. *C. Little.*

Hodensackanschwellung etc.

Kleine Hæmorroidalknoten werden mit Salpetersäure geätzt, während grössere abgebunden werden. Ferrum sesquichlorat. macht er nicht, da man es für zu gefährlich hält.

Kniebursitis etc.

43. *Türkisches Bad,* Al Hamman, German-Street; am 18. Nov. Abend besucht.

Aerzte zahlen statt $3^1/_2$ d. nur 2 d. — Kostbarkeiten gibt man gleich ab. Ohne Schuhe betritt man den grossen An- und Auskleidesaal, wo geraucht wird: es ist ziemlich warm. Mit zwei Badetüchern um Lenden und Schultern betritt man den ersten heissen Raum, 125° Fahrenheit, wo man auf Divans liegt oder auf

ln sitzt; man bleibt 20 Minuten. Der Puls steigt auf 120. Man bekommt kaltes asser zu trinken; dann geht man in ein heisses Zimmer von 160° und endh in einen kleinen Raum mit 202°, wo man längstens 5 Minuten bleibt. chher wird man geknetet und gerieben, dann geseift, gebürstet, geduscht d schwimmt endlich in kaltem Wasser und unter einer Wand durch in's An:idezimmer, wo man eventuell noch Kaffee trinkt.

44. *General Dental Hospital Soho-Square.* Morgens 9 Uhr; am 20. Nov. sucht.

Lokale Anæsthesie nicht angewandt; in schweren Fällen Chloroform, bei dem nie Todesfälle hatten etc.

45. *Hospital for Women, Sohosquare.* 30. Nov. besucht.

Ambulator: Mittwoch und Freitag von 10-1 Uhr.

Physicians: Dr. *Protheroe Smith, Sanderson, Meadow;* consult. Surgeon: *y;* Surgeon: *Scott.*

Zuerst schreibt der Hausarzt Robinson die neuen Patienten, nebst Anamnese ein Buch und gibt ihnen eine Karte mit der Nummer und ein Blatt für die 'ordnungen. (Mehrere Blätter werden durch kleine Klammern: Tastener's, ammen gehalten (Skizze). Alsdann werden alte Pat. von ihm und drei Aerz- aufgenommen. Der Tagesarzt (Scott) untersucht die Neuangekommenen; h alte werden gynækologisch untersucht.

nstrumente: Simpsons Uterussonde, *Sims* Sonde; eine breite Sonde von ssing (Skizze). Einfacher, langer Lapisträger. Schwarze Specula mit Silberchlag.

Fälle: 1. Fester *Ovarialtumor.* 2. Carcinoma cervicis. 3. Anteflexionen. *Cervixinduration* mit Aetzung behandelt, ebenso *fungöses Ulcus.*

Ian liebt *Hodge's Pessarien.* — Man aetzt viel am Cervix herum, nicht aber Uterus. Bei Dislocationen Anæmischer gibt man allgemein roborirende Mit- Alle Untersuchungen in der Seitenlage*, auch die Speculumapplication. Bei *tung* innerlich Elixir acidum Halleri; bei chron. Metritis: Iodkali.

6. *Ovariotomie* von *Spencer Wells.* 30. Nov. 1867.

rau von 23 Jahren. Grosser Bauch; unter dem Nabel eine bläulich aus-ende Punktionsnarbe. — Bimethylenisirt: jedoch viel Gestöhn, besonders en Ende. Kein Erbrechen. — Die Flasche mit Methylen abgekühlt. Schnitt

Anmerkung des Herausgebers: Ich habe im Jahre 1895 als « Clinical Assistant » « Soho-Square Hospital for Women » mich aufgehalten und mich überzeugen nen, wie wenig man punkto exakter Diagnose bei Untersuchung in Seitenlage zu : fördert. Es wäre zu hoffen, dass die englischen Aerzte endlich mit dieser de-ablen Untersuchungs-Methode definitif brechen.

4″ lang; vorhandene Adhæsionen werden zerrissen; die Hand wird hoch an oben und seitlich eingeführt, so dass man sie im scrobiculum sehen kann. Un mittelbar nach dem Einstechen in die weisslich aussehende Cyste, fliesst reich lich flüssiger, graubrauner Inhalt mit Macht ab; auf einmal stockt der Ausfluss eine feste Masse hat sich vorgelegt; man zieht nun die Geschwulst zum gröss ten Theil heraus; entfernt den Troikar; eine Menge käsiger Massen kommen und dann noch viel Flüssigkeit. Die Hand wird in die erweiterte Cystenöffnung eingeführt, kann aber noch nicht alles entfernen, bis erst einige breite Adhæ sionen in der linken Seite getrennt sind; die Hand wird nun von aussen neben der Cyste eingeführt und mit Mühe der in das Becken gesunkene, keilförmige solide Rest der Geschwulst herausgehoben. Stiel ist kurz, so dass in der Cysten wand abgeschnitten werden muss. — An der einen breiten Adhæsion sind zwei Ligaturen nöthig. — Sechs Nähte. — Ferr. sesquichlorat. auf den Stiel. Lint heftpflaster-Verband.

47. *Zusammenhang von Uterusneuralgie und Fluor albus mit Zahnkrankheiten.* Dr. *Sercombe* beobachtete einige solche Fälle. Hartnäckige Uterusneuralgie bei einer sonst ganz gesunden, kurz erst verheiratheten Frau. Vergeblich wurde sie von *Montgomery*, *Churchill*, *Simpson* etc. behandelt. Neuralgie und heftiger Fluor albus blieb. — Auf die Extraction eines Zahnes mit Exostosen an den Wurzeln (die Extraction war mit heftigen Uterusschmerzen verbunden) schwand die Neuralgie des Uterus fast sofort; der Fluor albus hörte nach zwei Tagen auf und am dritten Tage machte Patientin einen grossen Spaziergang etc.

48. *Merriman Samuel, Inaugural-Dissertation. De Conceptu. Edinburg 1753.*

Er gibt die Ansicht des Hippocrates: männlicher und weiblicher Samen zur Befruchtung nöthig; Aristoteles: männlicher Samen entwickelt sich im Men strual-Blut. *Galen*, *Harwey*, *Leeuwenhock*.

Er glaubt, dass wenn auch bisweilen die Befruchtung im Uterus stattfände, diese doch häufiger im Ovarium erfolge.

Wenn auch keine Oeffnung im Ei nachgewiesen sei, so sei diese « a priori » nicht abzustreiten; die Kleinheit der Spermatozoen verlange nur eine kleine Oeffnung; vielleicht gelange der Samen auch in die offenen Gefässlumina des sich lösenden Eies und durch diese in das Innere des Eies.

Merriman macht schon darauf aufmerksam, dass bei Uterus-Lageverände rungen, bei denen der Muttermund eine abnorme Stellung habe, häufig Sterili tät folge, etc.

49. *Museum Hunterianum.* Royal College of Surgeons, Lincolns. 26. Sept. 1867. 4 mal wöchentlich von 12-4 l offen, gegen Indroduktionskarte. Im

ıufe von Studien wende man sich mit einer Empfehlungskarte an den stos.

Im ersten Saal: Hunter's und Anderer alte Instrumente. *Hunter's*: flexible :heter, Steinmesser. Schöne pathologische Knochenpräparate: Muskelver-)cherung, Osteosarkome. Rachitis, grosseHydrocephalie. Knochengeschwülste ; beiden Orbitalhöhlen und aus dem Munde. Schussverletzungen aus dem mkriege, etc.

Im zweiten Saal: Merkwürdige Tierskelete. Fossile Tiere: Megatherium etc. im dritten Saal: Vergleichende Osteologie: Fisch- und Wallfischskelete. f den beiden Gallerieen, die in allen 3 Säälen ringsum gehen: vergleichende atomie. Schöne Injektionspräparate.

Geburtshülfliche Präparate, besonders über Eihäute, Placentarinjektion. — ıchspräparate über Torpedo electricus. Auf der Gallerie des ersten Saales hologische Anatomie. Interessante Verletzung durch eine eiserne Stange, die Brust durchbohrte. Patient genas. 100 Nadeln, aus dem Körper einer sterischen, schwedischen Jüdin ausgezogen. Kanonenfragment, das 11 Jahre Schädel eines Offiziers blieb. *Grosse Sammlung von Blasensteinen*, darunter ı grosser von *Cheseldon* operiert, daneben die Dose mit Silberplatte und In-ırift, in welcher der Stein früher aufbewahrt war. Grosse Steine aus dem gen von Pferden, etc. Mehrere grosse Ballen von Haaren, die im Magen von ısen etc. gefunden wurden und ein solcher aus dem Magen eines hysteri-ıen Mädchens, das sich ihre Haare abgeschnitten und diese verschluckt te, woran sie unter peritonitischen und « Blutbrechen » Symptomen starb. NTER's Standbild, 1864 errichtet.

Die ganze Sammlung zeichnet sich durch übersichtliche Aufstellung aus, in-n nie zwei Präparate hintereinander gestellt sind. Die überall herumliegen-ı Kataloge lassen leicht Alles aufsuchen. Eine Sammlung von Becken fand nicht vor. Wachspräparate von der Entwicklung des Frosches sind da.

50. *Ovariotomie von Spencer Wells*, am 27. November 1867. Mittags $2^3/_4$ l. Ann Baldim, 30 Jahre alt, war vor 14 Tagen zum ersten Male punktiert und etwa 50 Pfund Wasser entleert worden. Seither hat sich wieder beträcht-h Wasser angesammelt, doch lassen die stark gerunzelten Bauchdecken und ' flache, aber in die Breite stark ausgedehnte Bauch erkennen, dass die Aus-ınung vorher eine sehr starke war. Ueber der Symphyse ist ein fester mor, von der Grösse eines 5 monatlichen Uterus zu fühlen. — *Die Narkose* schieht mit *Bichlormethylen*: Patientin schwatzt viel und stöhnt und schreit m Hautschnitt, sowie bei den Manipulationen des Operateurs mit der Hand, der Bauchhöhle; gegen Ende der Operation ist die Kranke dagegen in

tiefem, ruhigem, nicht comatösem Schlafe. Zum 5" langen Hautschnitt m[illegible] eine Falte erhoben werden. Bauchdecken sehr dünn; Blutung fast keine, s[illegible] dass keine der bereit gehaltenen Presseartères gebraucht wird. Peritoneum a[illegible] der dicken, breiten Hohlsonde, wie gewöhnlich, aufgeschlitzt; es entleert s[illegible] freier Ascites.

Schon vor der Operation war eine sehr ausgeprägte Fluktuation am Bauch sichtbar, so dass sich die Haut, wie von zahllosen Wellen bewegt, ausnimmt. Die gleiche Fluktuation ist an der ziemlich weissen Cyste sichtbar.

Der Operateur kommt, ohne Widerstand zu finden, rings um die Cyste herum; ohne viel Mühe zieht er diese 8" weit heraus, schneidet sie dann, ohne den Troikar zu gebrauchen, mit dem Messer an, worauf in dickem Strahle die Flüssigkeit hell und klar, wie Serum, ausströmt; der Sack folgt leicht, zuletzt kommt eine « Melonengrosse », feste Geschwulst; jetzt erst entsteht ein Hindernis durch eine dem Stiel nahgelegene Adhæsion von $^3/_4$" Breite, die, wie sich nachher herausstellte, gegen das Lig. rotundum verlief und eine grosse Vene enthielt; mit dem Finger durchrissen, fiel die peritoneale Adhæsion in die Bauchhöhle zurück und setzte dort eine beträchtliche Blutung mit grossen Gerinnseln.

Der Stiel wird in die Klammer gelegt, die Geschwulst abgeschnitten und nun eine Menge Blut, das in die Bauchhöhle geflossen, mit Schwämmen aufgetupft. Die Quelle der Blutung wird nun aufgesucht; Mangel an Licht, ein Reflektor-Spiegel, der sonst immer bereit gelegt wurde, kam zu spät; endlich fasste man das Ende der Adhæsion mit einer breiten Zange, deren jede Branche eine mit stumpfen Zähnen versehene Fläche am Ende trägt und legte eine Ligatur um, die kurz abgeschnitten wurde (Skizze). Die Blutung steht nun. 10 Nähte vereinigen die Bauchwunde. Viel Watte mit Heftpflaster, gegen den [illegible] Teil des Bauches angedrängt.

Die vor 3 Wochen operierte Patientin ist auf; die 2 letzten « wohl » im B[illegible].

Neuer Anæsth.-Apparat von JUNKER (Med. Times. 30. Nov.).

51. *Ovariotomie von Spencer Wells*, am 4. Dezember, Mittags $^3/_4$3 h.

N. P., 25 Jahre alt, ledig. Gut aussehend. Bauch mässig ausgedehnt. Narkose mit Bichlormethylen von JUNKER mit seinem neuen Apparate ausgeführt. Nachdem schon Muskellähmung eingetreten ist, ist noch Empfindlichkeit da und die Narkose überhaupt nicht ruhig; einmal muss mitt dem gewöhnlichen Schirm narkotisiert werden, da der Apparat nicht stark genug wirkt.

Hautschnitt 4" lang; wenig Fett; 2 Gefässe bluten und werden mit kleinen Pressartères gefasst (wie solche auch LITTLE angibt, um selbe in der Wunde einige Tage liegen zu lassen. L. lässt sie aus drei Stücken konstruieren. [illegible]

:hteren Reinigung), die vor Beginn der Naht entfernt werden. *Bauchfell* Pincette aufgehoben, auf der Hohlsonde gespalten, dann der untere Wund-ıkel mit geradem Knopfmesser erweitert. Cyste dunkelblau, stark gespannt, lbt sich nicht vor. Mit dem Troicart punktiert, entleert sich langsam etwas lich-graues, gelatinöses Fluidum. Nachdem die Cyste schon sehr verkleinert rden ist, weicht sie doch beim Zuge gar nicht. *Spencer Wells* zieht sie mit laltezangen soweit als möglich heraus, entfernt den Troicart, erweitert mit Scheere und geht mit der Hand ein. Mit vieler Mühe zerreisst er mit den ıgern eine Menge kleinerer Cysten, die zum Teil sehr zähe Wandungen haben, *i einer knickt ihm sogar der Nagel des r. Index um.)* Unter starkem Zug ;t endlich die Cyste mit der unteren, soliden (d. h. aus vielen kleinen Cysten tehenden) Partie, die keilförmig und etwa 3 Männerfaustgross ist. Stiel ssig lang, wird mit der Klammer gefasst Cyste abgeschnitten. Beim Ein-ıen mit der Hand findet sich nichts in die Bauchhöhle ergossen. Das rechte arium war klein; das linke ist normal. 6 Nähte. Eine Nadelspitze bricht ab l wird nicht gefunden. Verband wie gewöhnlich. Stiel mit Fe^3 Cl^6 betupft. hæsion waren gar keine vorhanden; auch nicht nach solchen bei der Opera-n gesucht worden. Kein Erbrechen.

Nach der Operation zeigt *Wells* die 3 letzt Operierten, von denen die Frühste Wochen) im Sessel sitzt. Vor einigen Tagen operierte *Wells*, wie mir Dr. ENDRUP erzählt, eine grosse *Cyste des Peritoneums*, die von WEST und PAGET für en Ovarialtumor erklärt worden war. *Wells* stellte nicht absolut seine Diag-se, glaubte aber nicht an Ovarialtumor. Wunde gross. Shok gross. Tod nach <24 Stunden. Sektion wurde nicht gemacht.

52. *Ambulanz im Londoner Hospital bei* Mr *Little*. Montag den 9. Dez.

Total-Exstirpation des rechten Calcaneus etc. Ossificierende Periostitis etc. fekt im harten und weichen Gaumen etc. Beschränkte Phlegmone am Unter-ıenkel etc.

13jähriges Mädchen mit scheinbar nur sehr mässiger *Skoliose*, die aber eine rke Dislokation der vordern Partieen voraussetzen lässt, da eine sehr schiefe ltung im Becken besteht, etc.

53. *Operationen im Guys Hospital*. Dienstag den 10. Dez. 1867.

Exostose von Wallnussgrösse mit sehr porösem Bau, vom Humerus aus-hend, etc.

54. *Ovariotomie* von *Wells*. Am 11. Dezember 1867.

Sophie Carringdon, 51 Jahre alt, etwas marastisch aussehend. Bauch gross, loch etwas faltig. *Narkose* mit JUNKER's Apparat und durch JUNKER dauerte

etwas lange. Patientin jammert und wird erst gegen Ende der Operation ga ruhig. Es tritt kein Erbrechen ein — Schnitt wie gewöhnlich; keine Blutung Vorn, nirgends Adhaerenzen. Cyste bläulich-weiss. Punktiert entleert sich rasch sehr dünnflüssiger Inhalt und der Sack folgt auf eine Strecke dem Zug; als ein Hindernis sich zeigte, wird der Troikart entfernt und mit der Hand eingehend, mehrere kleine Cysten zerrissen, die ebenfalls dünne Flüssigkeit entleeren. Nun folgt der Sack mit noch einigen kleinen Cysten; am Stiel ist das Colon sehr breit adhaerent. Der Stiel muss deshalb sehr kurz abgeschnitten und von der Application der Klammer Abstand genommen werden. Mit Braxton Hicks-Zange wird nun gefasst und nachdem 2 Marmorplatten untergeschoben worden, mit mehreren Glüheisen der Stiel scharf abgeschnitten. Der untere Teil der Zange ist ganz aus Elfenbein; die äusseren Ränder haben Längsrinnen um die Platten (schlechte Wärmeleiter) aufnehmen zu können. (Skizze) Die beiden winkligen Plättchen sind aus Neusilber, können entfernt und festgestellt werden. Die grossen und die inneren Zangenbranchen sind aus Stahl und hinten mit Elfenbein belegt. Griff aus Holz.

Vorsichtig wird nun die Zange wieder entfernt. Blutung tritt nicht ein. Nähte, die aber den Stiel nicht mitfassen, was *Wells* überhaupt nicht thut. Verband wie gewöhnlich.

55. *Surgical Home.* Stanley Terrace. Notting Hill. 12. Dez. 1867.

Dieses kleine Spital stund früher unter gemischter Leitung eines Komitee und Baker Brown's. Als er seiner *Clitoridotomieen* wegen die obstet. Gesellschaft verlassen musste, erklärte er dem Komitee, er könne nicht länger seine Stelle als Spitalarzt führen; bot, um etwaige Ausstände zu decken 100 Guineen an, wofür man ihn aller seiner Verbindlichkeiten entband. Bei der Revision stellte sich nun aber ein Defizit von 3000 £ heraus. Baker Brown konnte nicht haftbar gemacht werden, keiner vom Komitee wollte herausrücken. Da kam ihnen denn das einige Zeit später gemachte Anerbieten Baker Brown's sehr erwünscht, ihnen das Ganze abkaufen zu wollen.

So übernahm Baker Brown das Spital eigentümlich und weihte es heute vor 8 Tagen mit einer glücklichen Ovariotomie ein.

Das Spital, ein elegantes, dreistöckiges Eckhaus, mit Gärtchen vor dem Hause, hat helle, mässig grosse Zimmer mit kleinen Nebenzimmerchen für Wärterinnen, einen engen und dunkeln Gang mit schmalen Treppen. Da der Krankentransport auf dieser zu beschwerlich wäre, so ist eine « Aufzugmaschine » durch alle Stockwerke angebracht. Auf dem Bett desselben, auf das vorher eine starke Gurtendecke mit seitlichen Oesen zum Durchstecken von Stangen (Tragbahre) gelegt ist, wird die Patientin chloroformiert (Methyl

B. B. noch nicht versucht), dann herabgelassen, narkotisiert auf's Bett des Operationstisches gelegt und so wieder zurückgebracht.

Der *Operationssaal* im Parterre ist dreifenstrig, gegen die Terrasse zu gelegen, hell.

Um den Tisch, vor dessen Fussende ein Haufen Sägespähne liegen, ist eine eiserne Barriere angebracht, um die herum die Zuschauer sitzen.

In das Spital werden Frauen nur gegen Vorausbezahlung (verschiedene Preise) aufgenommen; das erste Mal monatlich, die andern Male wöchentlich.

Ovariotomie: Cystoid mit Verwachsungen, am 5. Dezember operiert, am 11. Dezember das erste Mal ausser Bett; am 12. Dezember wohl und munter im Bett. Die Wunde median, dicht am Nabel beginnend, $4^1/_2$" lang, lineär, « per prinam » vereinigt; noch 2 Pflasterstreifen zum Schutze und ein Gurt mit Bändern.

Die Vereinigung war mit Silbersuturen gemacht worden, die *B. B.* tief, aber nicht durchs Peritoneum durchführt. Den *Stiel* behandelt er, mag er kurz oder lang sein, mit dem Glüheisen und lässt ihn einfach in der Bauchhöhle, ohne ihn je in die Wunde einheilen zu lassen.

Von 48 vollendeten Ovariotomien waren 42 glücklich. 3 weitere nicht vollendet. Einmal begegnete *B. B.* ausgedehnten *Verwachsungen* mit Eingeweiden; beim sorgsamen Abreissen desselben blutete der die Eingeweide überziehende Peritonealmantel aus einer Menge Oeffnungen. *B. B.* unterband einen Teil der blutenden Gefässe mit Seide, andere mit Silber, andere betupfte er mit Fe^3Cl^3 und die grössten tupfte er kurz und rasch mit dem Glüheisen, obwohl ihn die Umstehenden warnten, das Glüheisen auf den dünnen Darm zu applizieren. Patientin genas.

Von einem *anderen Fall mit Cystoid* und ausgedehnten Verwachsungen, den *Wells* und Andere als inoperabel zurückwiesen, wird erzählt, dass ein *Doktor in Liverpol* denselben operierte und der glücklich endete, obwohl man von allen Teilen des Beckens und von den Eingeweiden die Verwachsungen abreissen musste.

B. B. bemerkt dabei, dass die Gefahr dabei deswegen eine geringere sei, weil es sich gar nicht mehr um eigentliches Peritoneum handle, sondern um eine ganz alterierte Membran, die nicht so leicht sich entzünde. Das Gleiche gelte für den *Kaiserschnitt*, der fast nur dann glücklich ausgehe, wenn er wegen *Krebs* gemacht werde, bei welchem die Umgebung bedeutend verändert sei. *Greenhalgh*'s einziger glücklich verlaufender Fall sei Krebs gewesen. (NB. Diese Frau ist jetzt kürzlich gestorben; Dr. Arendrup konnte das Präparat sehen.) In allen andern Fällen gehe der Kaiserschnitt übel aus.

Mastdarmpolypen und Fibroid im vorderen Teil des Cervix.

Junge, gesund aussehende Frau. *Chloroformiert.* Rückenlage. Beine gebe[n] angezogen. Mit dem beölten Finger in den Mastdarm eingehend, fixiert er s[ich] mit der Pincette einen kleinen Hanfkorngrossen Polypen, fibröser Art [u] schneidet ihn mit der gebogenen Scheere ab; dann holt er einen Kirschgross[en] weicheren Polypen mit Zollangem Stiel herab, unterbindet den Stiel an [der] Basis fest mit gewöhnlicher, hänfener Schnur, die er heraushängen lässt [u] schneidet unterhalb ab.

Man soll nie einen abgebundenen Polypen im Mastdarm fassen.

Einen dritten kleineren Polypen schneidet er mit Pincette und Scheere ab; dabei etwas Blutung. Hierauf geht er mit einem 3" langen, geraden Knopf skalpell, dessen Schneide er anfangs mit dem Finger deckt in den Anus und macht von Aussen und Innen eine kräftige Incision in die linke Backe. (Ob eine kleine Fistel da war oder ob er etwaigen neuen Polypen die Blutgefässe abschneiden wollte?)

Dabei ziemliche Blutung; er stillt sie, indem er einen 2" breiten und 16" langen Lintstreifen (beölt) mit Gewalt in den Anus drängt und in die Incision noch Watte einstopft. Nun wird SIMS-Speculum eingelegt; dadurch wird die vordere M. m'slippe sichtbar, die durch ein Fibroid stark vergrössert ist und weisslich aussieht. Mit einer kleinen MUZEUX-Zange hebt er sie auf und macht den etwas eröffneten M. m. sichtbar. Mit SIMPSON's *Hysterotom* schneidet er (Spitze''' gestellt) links und rechts den ganzen Cervix ein, ziemlich geringe Blutung, erweitert noch mit der Scheere etwas und schiebt nun mit Gewalt einen beölten Lintstreifen so hoch als möglich in den M. m.; nachher stopft er die Scheide mit Watte aus. Eine T-Binde aus 2 Compressen befestigt alles.

Dadurch, dass *Baker Brown* das Fibroid links und rechts umschnitten hat und mittelst des Lintstreifens einen starken Druck auf den fibrösen Polypen ausübt, bringt er ihn erfahrungsgemäss zum Absterben, ohne den Polypen selbst angetastet zu haben. 2—3×24 Stunden wird der Verband belassen.

Grosses Uterusfibroid.

Bauch wie bei einer Schwangerschaft von $4\frac{1}{2}$ Monaten. Uterus fühlt sich von Aussen deutlich vergrössert an. Scheide sehr lang. M. m. nicht zu fühlen, sondern erst, wenn man den Uterus von Aussen herabdrängt. Die vordere M. m'slippe wird nach eingelegtem *Sims*-Speculum mit Muzeux gepackt und links und rechts mit *Simpson*'s Hysterotom die Cervix eingeschnitten, Cervix mit Lint ausgestopft. T-Binde. Nach seiner Erfahrung schwindet darauf hin allein das Fibroid in 3—4 Monaten.

56. *Gynaekolog-Ambulanz im Londoner Hospital*, bes. am 14. Dez.

iittwoch und Samstag von 1 bis etwa 3 Uhr. Arzt: Dr. PALFRAY.

chöner. *Sims'scher Untersuchungsstuhl*, der einfach, durch Zurückschlagen Lehnen, in ein Untersuchungsbett verwandelt wird. Untersuchung in der enlage.

pparate : HODGE's Pessarien und eine Modifikation derselben (Skizze), woder Cervix durch die Oeffnung gesteckt wird und die andere Hälfte des sariums gegen die Symphyse drückt; welcher Druck oftmals nicht ertragen d.

n Fällen von *Retroflexion* sah er von der *Discission des M. ms.* sehr gute ultate; bei *Anteflexionen* aber half selbe oft nichts, ja verschlimmerte nur krankhaften Zustand.

er *Discission* schickt er jedesmal eine *Dilatation mit Pressschwamm* voraus.

n den Fällen von *Discission bei sterilen Frauen* trat etwa 1 mal unter 3 len *Conception* ein.

ei sämtlichen Fällen von *Lageveränderungen des Uterus*, sah er die Frauen n weniger leiden, wenn sie nicht menstruierten. Mit dem Auftreten der nstruation wurden die *Beschwerden stets stärker*!

)ie *Diagnose Carcinom* glaubt er sicher jedes mal ausschliessen zu dürfen, nn *kein blutiger* Ausfluss vorhanden war oder ist. Bei *Carcinom* gibt PALFRAY um und Morphium, letzteres von $^1/_4$—$1^1/^2$ gran. steigend.

ei *schmerzhafter Menstruation* gibt er ein Mixtum compositum von Opium, rphium, Blausäure, Eisen etc.

urpurrote Farbe der Schleimhaut ist ihm ein ziemlich sicheres *Zeichen für wangerschaft*.

i7. *Chirurg-Ambulanz, London-Hospital*. 16. Dez.

ianglien an den Handrücken. Maligne Onychie etc.

Leucorrhœ bei einem 17-jährigen Mädchen mit Chlorose und Skoliose: Inner- ı Eisen.

'all von *Spontan-Heilung* einer *Hernia incarcerata* etc.

i8. *St. Thoma's Hospital*, bes. am 17. Dez. 1867. $2^1/_2$ Uhr.

Provisorisches Gebäude, eigentlich eine Musikhalle, die man mit Stockrken versah. Turmähnliches Treppenhaus, in dessen Mitte ein grosser Auf- ; alle vier Stockwerke durchgeht. Im dritten Stock nur ein grosser Saal, nkel, mit rudimentärer Ventilation; jedes Bett ist durch spanische Wand lierbar. Man muss durch den Saal gehen, um in den Operationsraum zu gegen, der vier Fenster und noch etwas Oberlicht hat.

Das von Aussen geschmackvolle Gebäude steht mitten in schönen Anlagen, denen sich viele Statuen, Brunnen, Teiche, Pavillons etc. befinden. Es war

der zoologische Garten. Die kleinen Gebäude dienen zur Bibliothek, Hörsälen, chem. Laboratorien, Museen etc.

In 2 Jahren soll das neue Gebäude, gegenüber dem Parlamentsgebäude fertig sein. 600 Betten. Für *Barnes* 50, mit sechs Betten für geburtshülfliche Fälle.

Ventilation durch Kamine und Fenster, auch durch Dampfmaschine.

Vom Aufzuge im provisorischen Spital erzählt Barnes, dass, als man eine hochgradig wassersüchtige Frau, behufs Punktion in den Operationssaal verbringen wollte, der Kasten zu rasch sich senkte und derb auffiel. Augenblicklich verminderte sich der Umfang des Bauches und « per anum » ging viel Fluidum ab, das stets eiterähnlicher wurde und während 4—6 Monaten aus-floss, worauf vollständige Heilung eintrat.

Barnes operiert eine *Cauliflowergeschwulst* des Cervix bei einer ziemlich jungen Person mittelst *Constrikteurs*, der von *Weiss* nach dem *Maisonneur*'schen modifiziert worden. *Barnes* zieht den Constrikteur dem Ecraseur unbedingt vor, weil man mit letzterem sehr oft nicht beikommen kann. Für Galvanocaustik ist er auch. Die nachfolgende leichte Blutung stillt er durch Eis und legt dann Lint mit Oel ein.

Barnes ist ein grosser Verehrer von *Scanzoni*, resp. dessen Bücher, sowohl Geburtshülfe als Gynækologie, ebenso von *Hohl*, *Nägele*, weniger von *Braun*.

Chlormethylen wandte er noch nicht an. Er chloroformiert mit einfachem Apparat, mit Ventil-Expiration.

Weiss-Constrikteur: Neusilberne Canule, entweder einfache vordere Oeffnung und Rinne oder der vordere Teil ist winklig und am Winkel ist eine bewegliche Rolle, über die der Draht (sehr weicher, dicker, einfacher Eisendraht) läuft. Ein Ende des Drahtes wird durch eine Oeffnung gesteckt und durch eine Schraube fixiert. Diese befindet sich auf der stählernen Platte, welche auch die stehende Walze trägt, die um ihre Achse gedreht wird, so dass sich der Draht um sie aufwickeln muss. Auf der Rückseite der Platte finden sich zwei ineinander greifende Zahnräder-Schrauben, deren eine mittelst des durch einen Schlüssel in Bewegung gesetzten Schraubenapparates getrieben wird. (Skizze.)

Barnes legt Wert darauf, dass das eine Ende fixiert und nur das andere Ende des Drahtes sich bewegt und beim Einschlüpfen durch die Oeffnung der Geschwulst hingleitet. (300 Fr. mit 3 silbernen Röhren.)

Eiu einfacher Eisendraht sei besser, als ein Komplex von mehreren dünnen Drähten.

Zum Fassen der Geschwulst dienen einfache Muzeux-Zangen.

59. *Pathological Society*. Sitzung, Dienstag den 17. Dez., abends 8—9½

Vorsitzender *Simon*, einer der Sekretäre : *Holmes.* Vorträge werden etwa 8—10 gehalten mit Demonstrationen von Präparaten ; auf die Vorträge kommt meistens eine kurze Diskussion.

Bryant aus *Guys* Hospital spricht über einige Fälle. *Spencer Watson* aus *King's College* referiert über den kürzlich von *Sir William Pergusson* operierten Fall von Jvory-Tumor etc.

60. *Ovariotomie von Spencer Wells.* Mittwoch den 13. Dez. Mittags $^1/_2 3$-$^1/_2 4$ h. Zur Operation kommt *Sir Will. Pergusson.* — Die früheren Fälle befinden sich wohl.

Mary Ann Read, 23 Jahre alt. Ziemlich gut aussehend. Schon einmal punktirt. Abomen ziemlich ausgedehnt.

Diagnose auf multiloculäre Geschwulst, wahrscheinlich mit Adhæsionen, gestellt.

Hautschnitt 5 Zoll ; ziemlich grosse Venen werden durchschnitten, die theils mit « Pressartères » gefasst, theils torquirt werden. Beim Anschneiden des Peritoneums quillt reichlich gelbliche, klare (freier Erguss) Flüssigkeit hervor, die beim Erweitern des Peritonealschnitts fast völlig ausfliesst. An der frühern Punktionsöffnung findet sich eine leichte Adhæsion.

Beim Punktiren der Cyste fliesst nicht viel aus, da sie eben vielkammerig ist. Der Troikar wird entfernt und mit der Scheere die Oeffnung erweitert, ohne dass die Cyste herausgezogen werden könnte. Viel gallertige, stark blutige Massen werden mit der Hand herausbefördert, wobei ein Theil in die Bauchhöhle fliesst ; trotzdem eine Menge Cysten zerrissen werden, kann die Geschwulst nicht herausbefördert werden.

Der *Haut-Schnitt* muss auf 10″ erweitert werden ; nun umgreift *Spencer Wells* die Geschwulst von aussen ; eine ziemlich breite Adhæsion hinten wird abgerissen und mit drei Ligaturen versehen. Die Geschwulst wird nun herausgehoben ; um den ziemlich dünnen Stiel wird eine Klammer angelegt und dieser dann durchschnitten.

Es dauert lange, bis dass die viele blutige Flüssigkeit mit Schwämmen aus der Bauchhöhle weggetupft ist. Der Assistent hält dabei den obern Theil der Wunde zusammen und lässt dem Operateur nur Raum um die Hand einzuführen. Vereinigung mit zwölf Nähten. Nachher wird die Bauchhöhle noch einmal inspizirt und weil rein befunden, die Nähte geschlossen. Ziemlich fester *Druckverband.*

Die Narkose (Bi-Chlormethylen) war ziemlich unruhig. Pat. schrie viel und machte Bewegungen. Nachher trat Erbrechen ein, was beim Bi-Chlormethylen bis jetzt erst einmal beobachtet worden ist. Die Geschwulst ging vom linken

Ovarium aus. Der an einem Stück herausbeförderte Theil, aus vielen kleinen Cysten bestehend, wiegt 12½ ℔. Flüssigkeit war ausserdem noch etwa 18 ℔ entleert worden. Wenn die Patientinnen sich wohl befinden, so lässt sie *Wells* am 14. Tag das Bett verlassen.

61. *London Hospital.* Operationen, Inpatients, Accidents. 26 Dez. 2-5 Uhr. *Little* macht wegen Caries im Kniegelenk die *Amputatio femoris* bei einem 18-jährigen Mädchen etc.

Operation eines widernatürlichen Afters in der Gegend des rechten Lig. Pouparti. Es war ein *Littré*'scher Bruch da, Gangræn, Aufbruch. — Die Operation war schon einmal gemacht worden, allein ohne Erfolg; eine Fistel blieb zurück. — *Narkose* ziemlich unruhig; viel gesungen und geschrieen; jedoch unempfindlich.

Von der Fistel aus wird nach oben und unten eine Incision gemacht. Diese legt sehr verdicktes Zellgewebe um die Fistel herum blos. Von diesem wird auf mehreren Seiten eine Partie mit dem Messer weggeschnitten. Nun zeigt sich nach Oben und Innen der Samenstrang, schief über die Oeffnung laufend. Mit vieler Mühe wird die Schleimhaut an allen Seiten vorgezogen und rings herum freipræparirt, sodann angefrischt und mittelst zwei Silbernähten. die mittelst einer krummen, gestielten Nadel angelegt waren, die Darmöffnung geschlossen. Die tiefe Lage des Darms und das Herüberlaufen des Samenstranges erschwerten die Operation sehr; einige kleine Arterien unterbunden; die Darmschleimhautblutung steht auf Kaltwasserbegiessung etc.

Eine Pat. die wegen *Blasenscheidenfistel* vor vier Tagen operirt wurde. ist halb verrückt geworden. Die Fistel war sehr gross. Urin dringt durch etc.

62. *London Hospital.* Gynækolog Ambulanz, bes. Samstag den 28. XII. von 1¼-3 Uhr.

Dr. *Palfrey* und der *Accoucheur-Resident Thorp* halten sie ab:

Er zeigt mir neue *Pessarien für Anteflexionen*; der Stift für den Uterus ist ganz ungefährlich; er kann auch entfernt werden. Sie sind als *Hewitt*'sche bezeichnet. *Hewitt* gibt in der *Lancet* vom 4. November 1867 eine andere Art von Pessarien für Anteflexionen an. (Skizze.)

Fall von Anteflexion: Die vor 12 Monaten discindirt worden, ohne dadurch gebessert worden zu sein.

Fall von frischer Anteflexion: Junge Frau von 23 Jahren, die sehnlichst sammt dem Manne Kinder zu bekommen wünscht. Sie abortirte vor etwa drei Monaten im dritten Monat ohne sehr grosse Blutverluste. Nach acht Tagen stand sie wieder auf und gestattete wahrscheinlich in der dritten Woche wieder den Coitus.

Dieser *Coitus, bei noch stark hyperæmischem, geschwelltem Uterus* mit laxen Bändern, führte wohl zu *Anteflexion*. Das vordere Scheidengewölbe ist hart gespannt, darüber der Uterus zu fühlen. Die Vaginalportio etwas nach vorn gezehrt. *Sterilität* ist die Folge, sowie *Dysmenorrhœ* (*Palfrey* glaubt mit *Scanzoni*, dass *schmerzhafte Menstruation ein Hauptzeichen für Uteruskrankheiten* sei). Schmerzhaftigkeit beim Coitus und beim Uriniren.

Eine einfache Discission würde wohl nicht viel helfen; man muss den vorderen Theil der Vaginalportio abschneiden und die straffen Theile im obern Scheidengewölbe, die den Uterus mit der Symphyse verbinden, durchtrennen.

In allen Fällen von *Dysmenorrhœ*, wobei der Uterus noch etwas geschwellt ist, warnt *Palfrey* vor Opium und Morphium, da hierbei stets eine Hyperæmie folgt, welche die Schmerzen vergrössert und weil alle Sekretionen vermindert werden. — Er gibt Chloroform mit Tinct. Cannabis ind. āā, setzt Blutegel, gibt Laxantien.

Fall von Dysmenorrhœ, besonders starke Schmerzen in der rechten Seite, 4 bis 5 Tage vor Eintritt der Menstruation und auch jetzt wieder: Blutegel.

In *Fällen von Subinvolution des Uterus* gibt *Palfrey* gewohnheitsmässig täglich zwei Pillen je mit Sublim. Chinin und Extract Belladonne und dies Monate lang; selten Nachtheil. Eine viel raschere Besserung sah er aber bei Anwendung von Blutegeln, von Chinin und Ka. J. innerlich, ruhiger Bettlage, warmen Douchen und Sitzbädern, was in der ambulator. Praxis nur eben gar zu schwer durchzuführen ist.

Fall von *Prolapsus uteri nach einem Damriss*, der nach *Backer Browns* Methode operirt werden soll: Abtragung der hinteren Partie der kleinen Labien. Es liegt der Uterus aussen. *Palfrey* macht darauf aufmerksam, dass ganz gut der Uterus seine normale Lage haben könne und nur die von $1^1/_4''$ auf $3''$ und $4''$ verlängerte Vag. post. hervorrage. Die Sondirung mit einem elast. Katheter ergibt aber eine Verlängerung von nur $1'''$ (d. h. $3^1/_2$ statt $2^1/_2$) und somit ist der Uterus gesenkt. Oft ist die Ursache Druck einer Geschwulst des Ovarium's von oben her.

Fall von starker Uterushyperæmie bei einer 55jährigen Trinkerin (meist Ginn, Brandy).

Metrorrhagie bei von Natur atrophischem Uterus, bei einer jungen Frau, die öfters Spirituosen geniesst. *Behandlung*: keine Spirituosen, keine Eier, keine Kartoffeln; ruhige Lage.

Bösartige Neubildung des Cervix bei einer 30jährigen Frau. Die hintere Partie des linken Bandes des Cervix ist hart infiltrirt. Geht man mit dem untersuchenden Finger weiter nach hinten und links, so fühlt man vom Beckenrande aus-

gehend mehrere kleinere Knoten (Tuberkeln?). Die *Behandlung* besteht i Tannintampons.

Fall von Ulcus in der hinteren Vaginalwand, hoch oben. Aetiologie dunkel* Die Frau ist 55 Jahre alt, gesund aussehend, behäbig; ihr Mann gesund un ordentlich. Syphilis etc. nicht anzunehmen. Es muss ein *Trauma* sein und doc wurden weder Pessarien etc. noch der Finger des Gemahls etc., eingeführt Anfangs Guldengross, verkleinerte es sich unter Touchiren mit Lapis und inner lich Eisen und Chinin, rasch und sieht jetzt wie eine granulirende Fläch aus.

Palfrey betrachtet den « *Short Forceps* » als ein höchst gefährliches Instru ment, mit dem viele Dammrisse etc. gemacht werden. Einer seiner Kollege macht damit 300 Entbindungen pro Jahr; er wartet nie mehr als 20 Minute auf die Geburt, geht fort, wenn er noch nicht operieren kann und wie der Kop tief steht, legt er die Zange an.

Dammrisse näht *Palfrey* sofort mit Eisen- und Silberdraht. Bei einer Wendung machte er kürzlich durch das Eingehen mit dem Arme einen Dammriss, liess sich dadurch aber nicht von der Vollendung der Operation abhalten und nähte dann und es heilte prächtig.

Zur *Einleitung der Frühgeburt* macht P. den *tiefen Eihautstich*. Er führt eine etwas spitze Uterussonde bis an den inneren M. m., den er durch den geringen Widerstand des Ringmuskels daselbst fühlt und presst dann von aussen her den Uterus herab, so dass der Stachel die Eihäute perforiert. Er verwirft jeden Troikor als gefährlich für die hintere Uteruswand (auch Simpson's-Instrument). Unter allen seinen Operierten im $6^1/_2$—7. Monat, hat er nie eine verloren. Alle *inneren Mittel* (Aloës, Ergotin etc.) hält er für unwirksam, um auch nur die leiseste Uteruskontraktion hervorzurufen; daher ist nach ihm eine Verurteilung auch unzulässig. Ergotin regt Wehen nur dann an, wenn sie schon vorher da waren.

Nach dem Eihautstich erweitert er den M. m. mit Presschwamm und nachher wendet er *Barnes unblutigen Dilatator* des Cervix mit gutem Erfolge an.

* *Anmerkung des Herausgebers:* Im Jahre 1894 hat *Prof. Zahn* in Genf zum erstenmal das « *Ulcus rotundum simplex vaginæ* » vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus beschrieben.

An Hand der zwei von *Zahn* publizirten Fälle, sowie an Hand zweier weitern ebenfalls aus dem *Zahn*'schen Institut stammenden und von mir in mikroskopischer Hinsicht untersuchten Fälle habe ich dann in der Monatsschrift von *Sänger-Martin* (Bd. III, Heft 2, 1895) zum ersten mal das klinische Bild des « *Ulcus rotundum simplex vaginæ* » entworfe nund das in der Litteratur-Publicirte mit berücksichtigt. (Zwei photograph. Wiedergaben.)

Blutungen sillt er am liebsten durch Einführung eines in Liq. ferr. sesquilorat getauchten Stückes *Lint in den Muttermund*.

Bei der *Wendung* sucht man am liebsten ein *Knie* zu fassen.

63. *Ovariotomie von* SPENCER WELLS. 2. Januar 1868. $2^1/_2$—$3^1/_4$ h. In Gegenırt von *Greenhalgh, Routh* und *Junker*.

Francis Sarah Griffin, 22 Jahre alt; gut gebautes, kräftiges Mädchen. Nie nktiert. Bauch sehr gross. Haut trocken, feinrunzlig, graugelb wie bei Pithysis; die beiden Venæ epigastricæ als federkieldicke, blaue Stränge sichtbar. ırkose nicht ganz ruhig, vor der Operation tritt Erbrechen ein; beim Hautınitt und beim Nähen Zeichen von Schmerzen. *Hautschnitt* 4" lang, wenig tt; es werden mehrere Venen durchschnitten, doch ist keine Torsion nötig; ıige Tropfen Blut gelangen nachher in die Bauchhöhle; beim Nähen wird Naht an der Stelle, wo etwas Blut kam, sorgfältiger zugezogen. Bauchfell ır dünn; anfangs wurde es auf der Hohlsonde und dann mit dem Knopfbisri eingeschnitten; nirgends Adhæsionen. *Cyste* fast weiss, glatt. Beim nktieren entleert sich ganz ohne Stockung rapid die helle Flüssigkeit. Nachn mit den Haken-Klammern die Cyste fixiert ist, kann sie, unter leichtem ıck des Assistenten auf die obere Bauchhälfte von der Seite her, ohne Mühe ·ausgezogen werden und zwar völlig entleert. Nahe dem Stiele befinden sich ige ganz kleine, dünnwandige, durchscheinende Cysten; ein Teil der Fimen auch auf der Cyste. Stiel lang, enthält grosse Gefässe. Er wird in die ımmer gelegt; aussen alles gereinigt, allein gar nicht mit dem Schwamm die Bauchhöhle eingegangen, in der sich etwas freier Ascites befunden hatte, abgelaufen war. Vor dem Abschneiden des Stiels hatte *Wells* gefühlt, dass Uterus und das rechte Ovarium normal sich verhalten. Das linke Ovarium r entartet.

Erste Naht über dem Stiel, zweite im obern Winkel, dann dritte dazwischen, etzt noch eine Naht unter dem Stiele, ebenfalls mit gerader Nadel. Der Stiel ·d tüchtig mit $FeCl^3$ im Substanz belegt. *Wells* erklärt (auf GREENHALGH's ge), es geschähe desswegen, weil dadurch der Stiel in eine *lederartige sse* verwandelt werde, die absolut keinen Geruch verbreite, indem der Stiel t zu faulen, mumifiziere.

Verband mit sehr viel Watte und Heftpflaster, da die Bauchdecken ausserentlich schlaff sind und grosse Falten bilden.

Die Cyste ist ein Prototyp einer einkämmerigen Cyste; Wand eine Linie dick; *der inneren Oberfläche* finden sich *schwarzbraune*, schlangenartige, vereigte *Zeichnungen*. Es handelt sich um *Pigment* als Residuen von *Blutungen ie Cystenwand;* das Epithel scheint darüber hinweg zu ziehen. (Pflasterepithel.)

Es handelte sich hier also um einen ganz *unkomplizierten Fall von Ovar*-*cyste* und doch bestand *ausgeprägte Injektion* der *epigastr. Venen.*

64. *Gynaekologische Ambulanz im London Hospital,* bes. am 4. Janu 1 1/2—3 h. Dr. *Palfrey.* (Die stationäre Abtlg. mit 20—30 Betten steht unt Dr. *Head.*)

Fall von Carcinoma uteri bei einer 45-jährigen Frau. Inoperabel. Behandlung nur palliativ. Anfangs 1/6 gr Morph. Jetzt alle 6 Stunden 4 gr Tinct. op und Abends 1 1/2—2 gr Morph., also 24 gr Tinct. Opii und 2 gr Morph. täglich trotzdem schlechter Schlaf.

Fall von Blutung bei chronischer Entzündung und Verdickung des Cerv. Ein 10'' langes und 1/2'' breites Lintstück wird um einen dicken, bleiernen Mandarin gewickelt, in eine Mischung von Liq. ferr. sesq. und Glycerin eingetaucht und mittelst Speculum in den Cervicalkanal bis zum inneren M. m. eingeführt, wo es 48 Stunden bleibt und dann an einem heraushängenden Faden ausgezogen wird. Dies ist die beste Art Blutungen zu stillen.

Fall von Gonorrhoe: Chlorzinklösung.

Fall von Uterusfibroid in der hintern Wand mit Retroversion: erschwer Menses. Die Patientin war von andern Aerzten an Enteritis (!) behandelt worden. *Palfrey* lässt solche Patientinnen wochenlang auf dem Rücken liegen (nicht auf dem Bauch, wie es sein Schwiegervater Dr. *Liver* (und er selbst früher) versucht hatte, wobei er aber keineswegs Erfolg sah.

Durch die *ruhige Lage* und ein *warmes Bad* tritt bald Erleichterung al Symptome ein und das Fibroid verkleinert sich. Die Frau muss sich aber hüt zu concipiren; denn nach *Palfrey*'s Erfahrungen tritt jedesmal *Abortus* ei wenn ein retrovertirter Uterus gravid wird; trotz aller Rückenlage, da s beim Wachsen des Uterus Einklemmung erfolgt. Anders ist es bei der Retroversion des Uterus gravidus, wo bei Bauchlage Aufrichten des Uterus u Heilung erfolgt. Patientin machte vor drei Monaten eine « Fausse couche durch.

Fall von leichter Anteflexion bei einem 20-jährigen Mädchen; wird mit *He*-*witt's Pessarium* behandelt, was aber ziemlich Schmerzen verursacht. *Palfrey* entschliesst sich nicht zur Discission, obwohl dabei sicher Heilung eintreten würde, weil die Person ledig ist und dann 30 Chance für Conception entsteht. Bei Unverheirateten hält er die Operation nur dann für absolut indicirt, wenn sehr grosse Beschwerden vorhanden sind. Bei Frauen die gerne Kinder haben möchten, ist absolute Indication da. Pat. war in hohem Grade *Masturbant* ohne zu wissen, dass sie etwas Unrechtes that. Als sie zuerst den Arzt consultirte befanden sich die Genitalien in hohem Grade irritirt; Clitoris stark vergr

rt. Bekannt geworden mit dem, was sie that, masturbirte sie nicht mehr.
lfreg äzte früher bei Masturbation, jetzt nicht mehr; er legt jetzt einen *Ring* *n Silberdraht durch die Haut dicht unter der Clitoris:* beim Gehen genirt er rchaus nicht, macht dagegen bei jedem Versuche zu masturbiren, heftige hmerzen. Verheiratet sich Pat., so wird der Ring herausgenommen.

Stark verengtes, rhachitisches Becken: schon 3 Entbindungen und eine fausse-iche. Eine Entbindung im 10. Monat: Perforation; eine weitere Entbindung t der Zange, wobei starker Dammriss entstand, der aber superb geheilt ist. . vereinigt den Riss immer sofort mit Silbersuturen.) Neue Schwangerschaft; ır schöne Purpurfarbe der Scheidenschleimhaut, bes. an der vorderen Wand. ıhgeburt einzuleiten.

Sondiren des Uterus nimmt P. bei « Outpatients » selten vor, weil die Rei-ıg durch die Sonde oft heftige Reaktion macht, wenn die Patientinnen gleich auf nach Hause zu gehen haben.

Cellulitis pelvica: junge Frau, normale Geburt; schon am 4. Tage aufgestan-n, gearbeitet. Zwei Schüttelfröste, Fieber, allgemeines Unwohlsein, Kreuz-ımerzen. In solchen Fällen muss immer eine Untersuchung « per vaginam » genommen werden. Hier fand sich demnach bald eine Eiteransammlung, die untere Uteruspartie umgrenzte, besonders aber vorn und rechts sich blirte. Absolute Ruhe. Antiphlogose. Coitus auf lange verbieten.

letzt findet sich nur noch ein kleiner Rest des Exsudates vorn und rechts. — *nktion* eines solchen Exsudates verwirft P. absolut, da dabei die Möglichkeit ı Lufteintritt in's Becken und dadurch Veranlassung zur Jauchung gegeben d. — Jetzt sind stärkende Mittel wie Chinin, Eisen und auch Alcohol zu en.

In Fällen von Uterusfibroid gibt *Palfrey*, um nichts zu versäumen, auch . J. und K. Br. innerlich und Pillen mit $^1/_8$ gr. Sublim. und Extract Bellad. mal täglich.) Ebenso laue Bäder etc.

Betreffs der *Untersuchung von Outpatients* warnt P. den Aussagen über Men-ıation zu glauben und *notiert die Daten deshalb stets.*

Anmerkung. — Die zweite Hälfte der « *Tagebuch-Notizen* » wird im 5. Jahr-ıge der *Gynæcologia Helvetica* zur Veröffentlichung kommen.

Namens-Register.

Sach-Register.



Aus

« Stimmen der Presse »

zum dritten Jahrgang

der Gynæcologia Helveti

Der Frauenarzt. Heft 215. 1903.

Der soeben erschienene III. Jahrgang der **Gynæcologia Helvetica** übertrifft an Reich des Inhaltes und dadurch auch an Umfang die beiden früheren… .

Neuerungen, die diesem Jahrbuche gewiss zu gute kommen werden, sind die reichli gabe von Abbildungen, teils in Tafeln und teils dem Text beigefügt

Die Gynæcologia Helvetica ist aus den Kinderschuhen heraus. **Vivat, floreat, crescat der Referent herzlichst zu!** Prof. Kleinwächter-Czern

Deutsche Praxis. Zeitschrift für praktische Aerzte. № 22. 1903.

Der dritte Jahrgang stellt bereits einen stattlichen Band dar (284 Seiten) mit reicher tiver Ausstattung. **Beuttner's Unternehmen hat seine Lebensfähigkeit bewiesen und w** künftig die Gynæcologia Helvetica nicht mehr missen wollen.

Die Referate über 41 Originalarbeiten und über 47 Dissertationen sind von grosser lichkeit.

Die dritte und vierte Abteilung bringt wertvolle Mitteilungen aus der ärztlichen Pr den Verhandlungen der schweizerischen med. Gesellschaften. Der fünfte Abschnitt berü die Veterinär-Geburtshilfe und Gynækologie; im folgenden Abschnitt finden wir thera und instrumentelle Mitteilungen und im siebenten Abschnitt werden ausländische Werke .

Heil, Dar

Deutsche medizinische Presse. № 21. 1903.

.....**Die Referate sind präzis und klar und lassen nichts wichtiges unerwähnt,** sow dem engen Rahmen eines Referates möglich ist.

Besonders hervorheben möchten wir, dass ein Teil der Besprechungen **mit guten Abbil** illustriert ist.

Bei der grossen Fülle der zum Teil schwer zugänglichen neuen Litteratur ist es häufig Fachmann kaum möglich, von allem Kenntnis zu nehmen, **daher begrüssen wir das Be sche Werk** als ein wirksames Mittel, um dieses Ziel in vollständigerer Weise als frühe reichen.

M. Blumberg (

Wiener klinische Wochenschrift. № 52. 1903.

Das nunmehr zum drittenmal erschienene Jahrbuch enthält eine erschöpfende Ang licher von Schweizer Aerzten verfassten Arbeiten aus dem Gebiet der Gynækologie und v Wissenschaften in kurzen Auszügen.

Ein kurzer Ueberblick über die wichtigsten Produkte der ausländischen **Litteratur,** pietätvoller Nekrolog auf *Rapin*, **mit einem wohlgelungenen Porträt des Lausanner Gynæk** schliesst **den mit 7 Tafeln und 65 Textillustrationen geschmückten Band.** Ki

Aerztliche Rundschau. № 43. 1903.

.....**Die Form ist kurz, klar und erschöpfend** und der Inhalt erstreckt sich auf das Gebiet der Gynækologie und Geburtshilfe, sowie auf alle angrenzenden Gebiete......

Eine grosse Anzahl trefflicher Illustrationen kommt dem Verständnis in angeneh zu Hülfe.

Zentralblatt für Gynækologie. № 40. 1903.

Der dritte Band des durch seine beiden Vorgänger bereits rühmlichst bekannten R sammelwerks!

Dasselbe bringt, in derselben sorgfältigen Weise gesammelt, alle in dem verflossen erausgekommenen Litteraturerzeugnisse schweizerischer Aerzte und Forscher auf den der Geburtshilfe und Gynækologie mit umfassendem Litteraturverzeichnis.

Das für jeden, **besonders aber für Nichtschweizer wertvolle, vornehm ausgestattete** teil musterhaften Abbildungen versehene Werk, **wird fernerhin in keiner auf Vollständigk spruch erhebenden Bibliothek für die einschlägige Litteratur fehlen dürfen.** Eversmann, B

Gynæcologia Helvetica

Fünfter Jahrgang.



J. J. HERMANN
1834 - 1861



THEOD. HERMANN
1861 - 1867

Gynæcologia

Helvetica

Herausgegeben

von

Dr O. BEUTTNER

Privat-Docent a. d. Universität Genf.

Fünfter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1904)

Mit 75 Abbildungen im Text

nebst

Portrait von Prof. Dr. J. J. Hermann und Prof. Dr. Ch. Hermann.

GENF
Henry Kündig, Verlag.

1905

GENÈVE
Imprimerie W. Kündig & Fils

VORWORT

Zum fünften mal zieht die **Gynæcologia Helvetica** in die Welt, Zeugnis ablegend, dass die Schweizer-Aerzte gewillt sind, stets und stets ihr bescheidenes Scherflein zum Ausbau der Geburtshülfe und Frauenheilkunde beizutragen.

Die
Gründung der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz
hat neues Leben in die Gynækologen der Westkantone gebracht.

Die in diesem Jahrgange veröffentlichten Statuten und Verhandlungen legen davon beredtes Zeugnis ab.

Möge die neue Gesellschaft bald den Grundstein der

« Schweizer-Gesellschaft für Gynækologie »

bilden.

Die bis jetzt vorliegenden 5 Jahrgänge der **Gynæcologia Helvetica**, die den « ersten Band » dieser Jahresschrift repräsentieren, lassen an der Vitalität einer Vereinigung der schweizerischen Frauenärzte keinen Zweifel aufkommen.

Um das Nachschlagen des ersten, einige 1400 Seiten starken Bandes zu erleichtern, haben wir ausser dem Namens- und Sachregister des vorliegenden Jahrganges ein

« General-Namens- und Sachregister »

beigegeben.

Dem Kapitel

« Geschichte der Gynækologie in der Schweiz »

sind wir durch Veröffentlichung biographischer Skizzen der Professoren J. J. Hermann und Th. Hermann, sowie der zweiten Hälfte der « Tagebuch-Notizen » von Prof. J. J. Bischoff gerecht geworden.

Zum Schlusse danke ich den Herren Prof. Tavel, Doc. Dr. Meyer-Ruegg und Doc. Dr. Bourcart, für die so liberale Ueberlassung von einschlagenden Clichés, wodurch auch dieses mal eine reiche Illustration möglich wurde.

Genf, im Monat Juni 1905.

Inhalts-Verzeichnis.

I.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

Dr. J. BILAND, Bern:

Ueber die fibrösen Gerinnungen an der placentaren Fläche des Chorion.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Bern:
Prof. Dr. Th. LANGHANS.

(Virchows Archiv, 177. Band, 1904.)

Die ersten genauen Beschreibungen des Fibrins am Chorion frondosum rühren von LANGHANS und von KÖLLIKER her.

Unsere jetzigen Kenntnisse über das Vorkommen von Fibrin in der Placenta in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kann man in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Es findet sich das Fibrin in fast kontinuierlicher Lage auf der placentaren Fläche des Chorion frondosum (KÖLLIKER und LANGHANS).

2. Es finden sich zwischen den Zotten kleine Fibrininseln, die von STEFFEK und EBERHARDT zuerst beschrieben wurden. Sie entstehen aus insulären Wucherungen der Zellschicht der Zotten, welche LANGHANS schon in seiner grossen Arbeit unter dem Namen «grosszellige Inseln» beschrieben hat.

3. Es findet sich Fibrin auf und in der Serotina; schon LANGHANS hat in seiner Arbeit darauf hingewiesen, dass sich hier ein dem kanalisierten Fibrin ähnliches Gewebe findet.

Dann hat namentlich NITABUCH unter Leitung von LANGHANS nachgewiesen, dass hier neben dem oberflächlichen, direkt an den intervillösen Raum angrenzenden Fibrinstreifen noch ein zweiter, in der Serotina ge-

legener, sich findet. Das Auftreten dieses Fibrins wird verständlich auf Grund einer Auffassung von Langhans, die in der Arbeit von Merttens niedergelegt ist.

Es ist hier zum erstenmal klar ausgesprochen, dass dem Syncytium ein gerinnungshemmender Einfluss, der Zellschicht dagegen ein gerinnungsfördernder Einfluss zukommt. Ferner ist die Tatsache hervorgehoben, *dass die Existenz des Syncytium gebunden ist an das Vorhandensein eines fœtalen Kapillarsystems in den oberflächlichsten Schichten des Bindegewebes des Chorion und der Zotten.*

Biland hat nun zunächst durch weitere Untersuchungen festzustellen gesucht, ob die von Langhans behauptete Zusammengehörigkeit, von Syncytium und fœtalen Kapillaren in dem gegenüberliegenden Choriongewebe, besteht; dann hat er daraufhin eine Anzahl von Abortiv-Placenten und einige reife Placenten, im ganzen 14, untersucht und schildert das histologische Bild der einzelnen Placenten. Das Resultat dieser Untersuchungen fasst Biland folgendermassen zusammen:

« *Da wo ein Syncytium das Chorion bekleidet, zeigt die Chorionoberfläche zahlreiche Kapillaren; da wo es fehlt und an seiner Stelle eine Fibrinschicht auf dem Chorion liegt, werden die Kapillaren sehr spärlich, ja fehlen auf langen Strecken vollständig.*

Es sprechen also meine Untersuchungen durchaus zu gunsten der von Langhans *ausgesprochenen Idee, dass die Existenz des Syncytium an diejenige eines Kapillarnetzes im gegenüberliegenden fœtalen Bindegewebe gebunden ist. Beide schwinden in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft fast vollständig und das Syncytium wird durch Fibrin ersetzt. Syncytium und fœtale Kapillaren gehören also in funktioneller Beziehung zusammen und von denen das fœtale Bindegewebe bedeckenden epithelialen Schichten kommt jedenfalls dem Syncytium der Hauptanteil an dem Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht zu, wie dies ebenfalls* Langhans *zuerst ausgesprochen hat.* »

Biland fügt zum Schlusse noch einige Bemerkungen über *die Struktur der Kapillaren* bei und sucht die Frage zu beantworten: « Ist es das Syncytium, das zuerst schwindet und ist der Schwund der Kapillaren ein sekundärer oder ist es umgekehrt »? Diese Frage kann noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden.

Prof. Dr. G. v. Bunge, Basel*:

Alkoholismus und Degeneration.

(Virchows Archiv, 175. Band, 1904).

Auf den Zusammenhang zwischen der chronischen Alkoholvergiftung der Erzeuger und der Degeneration der Nachkommen ist v. Bunge aufmerksam geworden gelegentlich seiner *Untersuchungen über die Ursache der zunehmenden Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen.* Um die Ursache dieser Unfähigkeit zu erforschen, liess *v. Bunge* spez. Fragebogen versenden. Davon konnten 1629 zu statistischen Studien verwendet werden; nur diejenigen Frauen wurden als « Befähigte » in Betracht gezogen, welche ihre Kinder 9 Monate ausreichend gestillt hatten. Unter den ausgefüllten Fragebogen fanden sich 519 Fälle von befähigten Frauen und 1110 Fälle von nicht befähigten.

In den 519 Fällen der befähigten Frauen konnte über die Befähigung ihrer Mütter genügende Auskunft in 423 Fällen erlangt werden. 422 Mütter waren befähigt. Nur in einem einzigen Falle wurde die Befähigung der Mutter verneint.

In den 1110 Fällen der Nichtbefähigten konnte über die Befähigung der Mutter Auskunft erlangt werden in 716 Fällen; in 435 Fällen (60,8 %) war schon die Mutter nicht befähigt gewesen; in 281 Fällen dagegen (39,2 %) war die Mutter noch befähigt gewesen.

Damit ist die *Erblichkeit der Unfähigkeit zum Stillen bewiesen.*

Von besonderem Interesse sind die erwähnten 281 Fälle, in denen die Mutter noch befähigt war, die Tochter nicht mehr. Die Häufigkeit dieser Fälle erklärt die *rapide Zunahme der Unfähigkeit zum Stillen.*

Die Fälle, wo die Mutter stillen kann, die Tochter nicht mehr, sind deshalb interessant, weil wir hier auf den *Alkoholismus* stossen; in 78 % dieser Fälle ist der Vater ein unmässiger Trinker.

v. Bunge unterscheidet in bezug auf den Alkoholkonsum der Familienglieder 4 Kategorien:

1. nicht gewohnheitsmässige Trinker.
2. gewohnheitsmässig mässige Trinker.
3. gewohnheitsmässig unmässige Trinker.
4. Potatoren.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica.* I. pag. 19: Prof. Bunge: « Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen ».

Aus tabellarischer Zusammenstellung folgt, *dass die chronische Alkoholvergiftung des Vaters die Hauptursache der Unfähigkeit zum Stillen der Tochter ist.*

Der Unfähigkeit zum Stillen parallel gehen andere Symptome der erblichen Degeneration, insbesondere eine Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen an *Tuberkulose*, an *Nervenleiden* und an *Psychosen*, wie weitere beigegebene Tabellen bestens illustrieren; weiter kommt in Betracht die Zahncaries, worüber v. BUNGE äusserst interessante Tatsachen zu Tage gefördert hat.

Dr. M. CHASSOT, Basel-Freiburg:

Hæmorrhagische Septicæmie infolge einer puerperalen Mastitis, verursacht durch den Staphylococcus und den Bacillus pyocyaneus.

Septicémie hémorrhagique à la suite d'une mastite puerpérale causée par le staphylocoque et le bacille pyocyanique.

(Société d'Obstétrique de Paris. Séance du 19 mai 1904.)

25-jährige Primipara; normale Geburt am 9. Januar 1904, in der Frauenklinik in Basel, ohne irgendwelche Läsionen. Das Wochenbett ist bis zum 5. Tage normal; die Mutter stillt. Am 14. Januar, Morgens, ist die Temperatur 38,4, Puls 100; Schmerzen in der rechten Brust; das Kind wird nicht mehr an die kranke Brust angelegt; Eis-Compressen und Carbol-Glycerin-Compressen. Am 15. Abends ist alles wieder normal. Am 18. Abends steigt die Temperatur wieder auf 38,8 und der Puls auf 120; Schmerzen im Hals und im linken Arm; am folgenden Tage sind die Beschwerden verschwunden; am gleichen Tage, Abends, 38 Temp. und 98 Pulse. Am Abend des 23. steigt die Temperatur auf 39,8 und der Puls auf 120; es etablieren sich wieder Schmerzen in der l. Brust, an der gleichen Stelle wie früher. Von da an variiert die Temperatur am Abend zwischen 38,5 und 39, mit Remissionen am Morgen. Puls immer über 100; keine Fluktuation; daher Behandlung wie früher; harte, geschlungene Stränge; am 27. Aspiration von gelblicher Masse, die Staphylococcen enthält; am 28. leichte Fluktuation; Drüsen der Achselhöhle empfindlich. Probe-Punktion: grüner Eiter. Am 29. in Narkose zwei lange Incisionen, wobei ein halbes Glas Eiter entleert wird; 2 Gegenöffnungen; Drainage. Am 31., Nachmittags, konstatiert man bei der Wöchnerin eine über die ganze Körperoberfläche sich ausdehnende « Purpura hæmorrhagica », die noch am gleichen Tage auch die Schleimhäute befällt: Nasenbluten, Blutabgang aus der Scheide. 1. Februar: *Total-Amputation der linken Brust*; Pat. verliert während der Operation enorm viel Blut; Puls wird sehr schnell und klein. 3 Stunden post operationem *Exitus*.

Autopsie: Vollständiges Bild einer Septicæmie.

Pathologisch-anatomische Untersuchung der amputierten Brust: Man findet 5-6 Eiterherde von der Grösse einer Haselnuss und gefüllt mit grünem Eiter oder Blut; sehr viel Lymphocyten, mononucleäre und polynucleäre Leucocyten. Eitrige Mastitis.

Bakteriologische Untersuchung. Am 19. Tage der Krankheit findet man in der Milch Staphylococcen; am Todestage wird das Wundblut, sowie das Blut einer hæmorrhagischen Pustel untersucht: Staphylococcen mit Bacillus pyocyaneus.

Chassot hat in der Litteratur Umschau gehalten, betreffs schwerer Infektionen durch den B. pyocyaneus; er hat nur 8 einschlägige Fälle finden können (*Lenhartz:* Les Maladies septiques), die kurz wieder gegeben werden; dann werden die bekannt gegebenen Fälle von tödlich endender Mastitis besprochen.

Die enorme *Zunahme der Virulenz der Staphylococcen* im obigen Falle ist wohl auf ihre Association mit dem Bacillus pyocyaneus zurückzuführen.

Chassot verbreitet sich des weitern über *die Frage der Herstellung eines Serums des B. pyocyaneus;* vorderhand kann man aber bezüglich der *einzuschlagenden Therapie* nur folgendes sagen: Tritt Eiterung ein, so soll man breit den Abcess eröffnen und drainieren. Selbst wenn man eine Association von Microorganismen gefunden hat, die gegenseitig die Virulenz zu steigern im Stande ist, so soll man sich doch noch exspektativ verhalten; eine blutige Operation schwächt den Körper.

Dr. E. Döbeli, Bern:

Ueber grosse Pausen in der Säuglingsernährung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 17, pag. 553, 1904.)

Ist es für das Gedeihen eines Säuglings absolut notwendig, denselben alle 2—3 Stunden zu füttern oder ist es vielleicht sogar *zweckmässig*, denselben an längere Nahrungspausen zu gewöhnen?

Heubner empfiehlt für Brusternährung $2^1/_2$—3stündliche Pausen, für künstliche Ernährung unbedingt 3stündliche, für kranke Kinder sogar $3^1/_2$stündliche. Stoos und Marfan vertreten ungefähr denselben Standpunkt. Feer in Basel macht in seiner Arbeit: « Weitere Beobachtungen über die Nahrungsmengen bei Brustkindern » folgende Angaben: « Die Zahl der Mahlzeiten schwankte in relativ engen Grenzen und bewegte sich bei den meisten Kindern um 6, später um 5 herum, ohne dass ein besonderer Zwang ausgeübt worden wäre. » Hennoch schreibt für Brust-

$2^1/_2$, für künstliche Ernährung unbedingt, auch beim jüngsten Kinde, 3stündliche Pausen vor, etc.

Eine Litteraturdurchsicht beweist, dass lange Nahrungspausen einem Kinde keinen Schaden bringen; eine andere Frage ist diejenige der Zweckmässigkeit einer solchen Vorschrift.

Döbeli empfiehlt, ein Kind in den ersten Lebenswochen 3stündlich an die Brust zu legen, mit einer längern Nachtpause von 6—8 Stunden, dabei aber ein Kind in der Regel nie aus dem Schlafe zu wecken, auch wenn ausnahmsweise mehr wie 3 Stunden von einer Mahlzeit zur andern verstreichen sollten.

Zum Schlusse behandelt Döbeli noch die Ernährung bei Magendarmkrankheiten der Säuglinge.

Dr. R. von Fellenberg, Bern *:

Zur Narbendehiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynækologischen Operationen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Arch. f. Gyn., Bd. 71, Heft 2, 1904.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick der uns interessierenden Frage teilt v. Fellenberg zwei einschlagende Beobachtungen aus der *Berner Frauenklinik* mit:

In beiden Fällen war früher eine Laparotomie gemacht worden, mit keilförmiger Excision des uterinen Tubenendes einer Seite. Die Heilung verlief beide Male nicht ungestört; während aber im ersten Falle infolge Platzens eines eitrigen Tumors und Infektion des Peritoneums eine längerdauernde Eiterung bestanden hatte und eine offene Wundbehandlung mit Tamponade und Drainage der Bauchhöhle durchgeführt worden war, kam es im zweiten Fall zu keiner Infektion (Darmadhæsion, die Ileus hervorrief).

In beiden Fällen war der Uterus mit Catgut genäht worden.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 220: *v. Fellenberg:* « Ueber Ruptur am Fundus uteri ».

Es ist nicht ausgeschlossen, dass in Folge der Eiterung im *ersten Falle* eine Verwachsung der Muskulatur nicht eingetreten ist, sondern nur das Peritoneum verklebte, zumal da keine versenkten Nähte in der Uteruswand angelegt worden waren. Die so im Innern entstandene Bucht wurde dann von Schleimhaut ausgekleidet. Die Ruptur war also vorbereitet. Dazu kam noch der Umstand, dass sich, als die Frau schwanger wurde, das Ei gerade in der Gegend dieser Narbenbucht ansetzte. So kam also noch der schädigende Einfluss der Placenta mit ihren in die Tiefe dringenden Zotten dazu und es bedurfte nur einiger schwacher Wehen beim Geburtsbeginn, um bei wenig erweitertem Muttermund die Ruptur eintreten zu lassen.

Während sonst als hauptsächliches diagnostisches Merkmal für eingetretene Ruptur das sofortige plötzliche Sistieren der Wehen hervorgehoben wird, trat dies im vorliegenden Falle nicht ein. Die Placenta, sowie der Rumpf des Kindes, war in die Bauchhöhle ausgetreten. Durch die Risswunde hindurch verband der Hals den Körper des Kindes mit dem in der Gebärmutterhöhle gebliebenen Kopfe. Dieser war ein Hindernis für vollständige Contraktion und bildete einen neuen Reiz. Der Kopf wurde tiefer gedrängt und die Muttermundsränder zogen sich über ihm zurück. Extraction des ganzen Kindes. Auf eine Laparotomie musste des Zustandes der Patientin wegen verzichtet werden. Tamponade.

Sehr auffällig war, dass sich bei der Autopsie keinerlei Adhæsionen von Netz oder Darmschlingen, untereinander oder mit dem Uterus, vorfanden.

Was den *zweiten Fall* anbetrifft, so verhielt sich derselbe in seinen Antecedenzien ähnlich wie der Erstbeschriebene. Glücklicherweise hatte sich die Placenta nicht im Bereiche der Narbe inseriert. Es fand sich in der Uteruswand, an Stelle der früheren rechten Adnexe, eine *stark verdünnte, vorgewölbte Stelle.* Geburt in unvollkommener Fusslage. Wochenbett normal.

Prophylaktisch sollte bei jeder Operation, die den Uteruskörper selber verletzt (Excision der Tubenecken, Enucleation von Fibromen etc.) auf eine exakte Vereinigung der Muskulatur durch versenkte Catgutnähte, womöglich in mehreren Etagen, Wert gelegt werden. Das Peritoneum ist nach Lembert zu vereinigen und Blutungen exakt zu stillen, um Adhæsionen zu vermeiden.

Eine so operierte Frau sollte sich jedenfalls in einer späteren Gravidität wieder vorstellen und event. unter Kontrolle bleiben. Sollte aber eine

Ueberwachung unmöglich sein, so sollte der künstliche Abort, resp. die künstliche Frühgeburt eingeleitet oder am Ende der Gravidität der Kaiserschnitt vorgenommen event. die im Gange befindliche Geburt durch Perforation beendet werden, wenn sie sich länger hinzieht. Eine Excision der Narbe und breitere Vereinigung der so geschaffenen neuen Wundfläche müsste für ausnahmsweise günstige Fälle reserviert bleiben.

Dr. GELPKE, Liestal *:

Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 15, pag. 489, 1904.)

EDEBÖHLS gebührt das Verdienst, die einmal gefasste Idee der chirurgischen Behandlung energisch und konsequent verfolgt und ausgebaut zu haben.

GELPKE hatte bereits im Oktober 1901, anlässlich einer TALMA'schen Operation, den Entschluss gefasst, in ähnlicher Weise die chronisch entzündete Niere operativ anzugreifen. Das neue Verfahren sollte die Kapsel der Niere entfernen und der kranken Niere neue Gefässe im Bereich der ganzen Oberfläche zuführen und zwar sollte, da die Fettkapsel in Anbetracht ihres Gefässmangels dazu ungeeignet schien, entweder die Rückenmuskulatur zur Anheftung oder womöglich des Peritoneum benützt werden.

Wenige Monate nach dem Termin der oben erwähnten TALMA-Operation führte GELPKE bei einer entzündlich veränderten Niere (die Diagnose war vorher, äusserst heftiger rechtsseitiger Nierenschmerzen wegen, auf Carcinom gestellt worden) die geplante Kapselspaltung aus. Der Eingriff wurde ohne alle Störung ertragen und hörten die Schmerzen auf.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 251 : *Edebohls-Beuttner :* « Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung » und

Gyn. Helvet. IV, p. 281 : *Edebohls-Beuttner :* « Die Heilung der chronischen Nierenentzündung vermittelst der Nieren-Decapsulation ».

Siehe *diesen Jahrgang*, Ausländische Litteratur : *Edebohls :* « The Surgical Treatment of Brigth's Disease » und

diesen Jahrgang, Mitteil. aus ärztl. Gesellschaften : *Dr. Wildbolz :* « Experimentelles über Nieren-Decapsulation ».

Es scheint übrigens SAHLI in Bern der Erste gewesen zu sein, der auf den Gedanken der operativen Behandlung der chronischen Nierenentzündung gekommen war; die betreffende Operation wurde von KOCHER ausgeführt, allerdings ohne Erfolg.

GELPKE geht des Weiteren auf die EDEBOHL'schen Publikationen ein.

Dr. HÄBERLIN, Zürich:

Die ideopathische akute Pyelitis bei Schwangeren.*

(Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 5, 1904.)

Ueber diese Affektion steht in den Lehrbüchern der Geburtshülfe gar nichts und doch kann das Krankheitsbild ein sehr beunruhigendes werden. HÄBERLIN teilt deshalb einen selbsterlebten Fall detailliert mit und bespricht dann die *Aetiologie:* Druck des schwangeren Uterus auf die Ureteren (Fall HÄBERLIN); das Fehlen von vorausgehenden entzündlichen Erscheinungen im uropœtischen Apparate und das ziemlich plötzliche Verschwinden der Symptome, mit vollständiger Ausheilung, sprechen für eine vorübergehende, wohl in der Hauptsache mechanisch wirkende Ursache.

Symptomenkomplex: Hohes Fieber, heftige Lumbarschmerzen, Schüttelfröste, Blasenreizung, vermehrte, gelegentlich schmerzhafte Exurese und trüber Harn.

Diagnose: Ausschlaggebend ist der *Eiterbefund* im Urin. Die *Schmerzen* sind meist sehr intensiv und lokalisieren sich auf die Nieren- und Blasengegend, dann längs der Ureteren, sind daneben oft ausstrahlend.

Das *Fieber* kann sehr hoch steigen; besonders nach den Schüttelfrösten wird 40° oft überschritten.

* Den Leser, der sich um diese Frage interessiert, möchte ich auf die Verhandlungen des periodischen nationalen Congresses in Rouen, April 1904 *(Congrès national périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie, Rouen, Imprimerie Lecerf, 1904)* aufmerksam machen; dort findet er auf Seite 33 und folgende ein vorzügliches einleitendes Referat « *De la Pyélonéphrite dans ses rapports avec la Puerpéralité* » von *Prof. Dr. Legueu,* Chirurg am « Hospice de Bicêtre », Paris; dort findet sich auch die stattgehabte Diskussion.

Der Herausgeber der *Gyn. Helvet.* hat ebenfalls einen Fall beobachtet, der erst post partum diagnosticiert wurde und in Heilung überging.

Differentialdiagnose: In Betracht kämen andere akute Entzündungsprozesse (Para- und Perimetritis).

Prognose: Sie ist gut.

Therapie: Sie muss exspektativ sein; event. kann durch ein Pessar der kindliche Kopf in die Höhe geschoben werden; passende Bettlage; reichliche Flüssigkeitszufuhr; Verabreichung eines Desinficienz (Helmitol); Morphium; es wurde auch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfohlen. HÄBERLIN spricht sich dagegen aus und mit Recht.

Im ganzen hat Häberlin 8 hiehergehörige Fälle beobachtet.

Dr. O. HÄBERLIN, Zürich:

Wann soll man bei Appendicitis operieren?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 24, pag. 777, 1904.)

HÄBERLIN möchte eine Kategorie von Blinddarmentzündungen vorführen, welche seines Erachtens noch nicht das verdiente Interesse erweckt haben und bei denen es sich, im Gegensatz zu den Frühoperationen oder Eingriffen à froid, um Präventivchirurgie handelt.

Es folgen 5 Beobachtungen, bei denen ohne vorausgegangene Attaquen die Resektion gemacht worden war. Obschon diese wenigen Fälle nicht genügen, um ein endgültiges Urteil über den chirurgischen Eingriff in diesem frühzeitigen, chronischen Stadium zu erlauben, geben sie doch den Anlass, die Frage aufzuwerfen: « *Ist die Operation überhaupt berechtigt?* » Die Gefahr der Operation ist jedenfalls nicht grösser als im freien Interval.

« *Ist der Eingriff überhaupt nötig?* » Die Diagnose als richtig vorausgesetzt, möchte HÄBERLIN diese Frage bestimmt bejahen; er bezieht sich nicht nur auf die wenigen mitgeteilten Beobachtungen, sondern auf eine grosse Anzahl von akuten Blinddarmentzündungen, bei denen die Anamnese über die Zeit vor dem akuten Anfall ausgedehnt worden war. Aus den operierten Fällen konnte HÄBERLIN den Schluss ziehen, dass die Diagnose jedesmal stimmte, dass also in jenen Fällen, wo eine Verdickung durch die Palpation positiv nachgewiesen werden konnte, auch Zeichen einer chronischen Entzündung vorlagen. Es liegt sehr nahe anzunehmen, dass dieser positive Nachweis nur bei ziemlich stark verändertem W. F.

gelingt, dass also nicht zu befürchten ist, dass die Operation einmal unnötigerweise vorgenommen werde.

Die weitere Erfahrung wird die nötige Sicherheit in der Diagnostik ausbilden.

Zu den *akuten Fällen* und zu dem Verhalten der Chirurgen übergehend, fragt es sich: « *Welche Fälle sind zu operieren, welche nicht?* »

v. Bögner hat durch eine klare, auf pathologisch-anatomischer Basis ruhende Einteilung der verschiedenen Formen und Grade (Arch. f. klin. Chirurgie, 74. Bd., 3. Heft) zur späteren Abklärung dieser Frage beigetragen. Er unterscheidet:

1. *Die einfache Epi- und Perityphlitis:* Die Entzündung bleibt auf die Wand des W. F. oder auf die nächste Umgebung beschränkt, daselbst zu Adhæsionen oder zu einem lokalisierten serösen — oder serofibrinösen Exsudat führend.
2. *Die eitrige Epityphlitis,* kompliziert mit
   a) lokalisierter, eitriger Perityphlitis (intraperitoneale Abscessbildung);
   b) Paratyphlitis (extraperitonealer Abscess).
3. *Die diffusen peritonealen Prozesse,* mit konsecutiver Sepsis oder Pyæmie.

Nun sind so ziemlich alle Chirurgen darin einig, dass man sofort operieren soll, in der zweiten und dritten Gruppe, wo und sobald also die Entzündung über den Proc. verm. hinausgeschritten ist und zu eitrigem, mehr oder weniger ausgedehntem Exsudat geführt hat.

Bei Gruppe 1, bei der *Epityphlitis simplex* gehen hingegen die Meinungen auseinander. Während nämlich ein Teil prinzipiell sofort eingreift, finden andere das Zuwarten gerechtfertigt, weil ungefährlicher und bessere Resultate versprechend.

Von den 14 von Häberlin in den Jahren 1903 bis Oktober 1904 ausgeführten Operationen gehören 7 Fälle zur dritten, 3 zur zweiten und 4 zur ersten Gruppe.

Schlimme Erfahrungen der *dritten Gruppe* haben Häberlin dazu geführt, womöglich immer den erkrankten W. F. mitzuentfernen. In letzter Zeit hat besonders Moszkowicz den Standpunkt vertreten, dass der W. F. um jeden Preis entfernt werden sollte und dass Adhæsionen dabei nicht zu schonen seien. Die Vorteile dieses radikalen Vorgehens sind klar; mit der Entfernung des Proc. verm. wird die primäre aktive Infektionsquelle ausgeschaltet, die Zerreissung von Adhæsionen eröffnet manchen abge-

kapselten Eiterherd, der sonst unerkannt und uneröffnet geblieben wäre. Die günstigen Resultate jener Operateure, welche immer radikaler vorgehen, scheinen für die Ueberlegenheit dieser Methode zu sprechen, wobei ja immerhin Ausnahmen bestehen mögen, bei welchen zweizeitige Operation angezeigt ist.

Die Resultate der *zweiten Gruppe* sind erfreuliche; in relativ kurzer Zeit konnten alle Patienten geheilt entlassen werden.

Die *erste Gruppe* leichter akuter Anfälle bildet zurzeit hauptsächlich den Gegenstand verschiedener Anschauungen. Die einen verhalten sich konservativ und sind mit ihren Resultaten zufrieden; auch Häberlin's 4 Patienten genasen, Dank, oder wie die Gegner vielleicht einwenden werden, trotz der Operation.

Relativ häufig findet man trotz leichten Symptomen auffallend schwere anatomische Veränderungen, so dass ein solcher Fall klinisch in die I. Gruppe, pathologisch-anatomisch in die II. Gruppe gehört.

Das nicht ungefährliche Zuwarten wäre nur dann berechtigt, wenn auf der andern Seite der frühzeitige Eingriff besondere Gefahren bieten würde, d. h. wenn der Eingriff die Prognose verschlechterte.

Zur Entscheidung dieser Frage kommen vom Häberlin'schen Material 7 Fälle (Gruppe I und II) in Betracht. Die Operation, welche ausnahmslos in der Entfernung der Appendix bestand, wurde viermal innert 24 Stunden, zweimal innert 30 Stunden und einmal am vierten Tage ausgeführt. Alle Patienten genasen glatt.

Die, von verschiedenen Autoren gewonnenen, zahlreichen Beobachtungen weisen unzweideutig darauf hin, dass in leichten und schweren Fällen die Prognose des operativen Eingriffes am ersten Tage sehr günstig ist. indem leichte Fälle ausnahmslos rasch ausheilen, schwere nur ausnahmsweise letal enden, dass die Prognose dann aber mit jedem Tag rapid schlechter wird. Wenn auch zugegeben wird, dass viele Anfälle unter interner Behandlung genesen und dass der erste Anfall ausnahmsweise auch der letzte sein kann, so bietet de facto der operative Eingriff am ersten oder spätestens am zweiten Tage doch die grösste Chance. Die schweren Anfälle müssen unbedingt sofort operiert werden, bei den leichten verhütet der frühere Eingriff spätere unberechenbare Verschlimmerungen und tritt an Stelle der annähernd gleich gefährlichen Operation à froid.

Prof. Dr. Otto von HERFF, Basel:

Vaginale oder abdominale Totalexstirpation bei Uteruscarcinom?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 2, pag. 33 und Nr. 3, pag. 79, 1904.)

v. HERFF ist von jeher ein warmer Anhänger der tiefen Scheidendammeinschnitte nach *Schuchardt* gewesen; man kann damit erkrankte Uterusligamente in weitester Ausdehnung ausschneiden und Fälle noch operieren, die sonst von der Scheide aus technisch nicht angreifbar gewesen wären (Blasenresektionen, Auslösung der Douglas'schen Falten bis zum Perioste des Kreuzbeines und der Lig. cardinalia bis zur Beckenwand, Ureteren-Einnähen in die Blase).

v. HERFF ist des Weiteren entschiedener Anhänger der sogenannten *palliativen Totalexstirpation*, um die grässlichen Leiden solcher Kranken zu mildern.

Die SCHUCHARDT'sche Methode ist nicht frei von wesentlichen Nachteilen: Der Ureter lässt sich selten von der Scheide her aus Krebswucherungen, gar nicht aus festen Bindegewebsschwielen oder Schwarten ausschälen; in gewissen Fällen ist es unmöglich die Krebsdrüsen zu entfernen. Interessieren muss uns vom praktischen Standpunkt aus wesentlich die Lösung folgender Fragen: « *Wie verhalten sich die Drüsenerkrankungen bei jenen Carcinomen, die bei vaginaler Operation sicher günstige Aussichten auf Dauerheilung geben? Gewährt deren abdominale Entfernung eine solche wesentliche Besserung der Ergebnisse, dass selbst die ausgedehnte Schuchardt'sche Operation zu Gunsten der abdominalen verlassen werden muss* »?

Nach Kenntnisnahme der Häufigkeit der Drüsenerkrankung (WINTER, JONNESKO, FREUND, P. MÜLLER, ZWEIFEL, KLEINHANS und WERTHEIM), müsste am grünen Tisch die vaginale Totalexstirpation unzweifelhaft verworfen werden. Aber in der Praxis sieht es doch etwas anders aus. Einmal kann nicht bestritten werden, dass die in Frage kommenden Operationsmethoden im wesentlichen nur die klinisch krebsverdächtigen Drüsen entfernen wollen; da oder dort wird eine bereits erkrankte, als solche nur durch das Mikroskop nachweisbare Drüse übersehen worden sein etc. Der angeblich radikale Charakter der abdominalen Operationen wird demnach tatsächlich sehr oft, wenn nicht regelmässig, nur ein scheinbarer sein und Drüsenrezidive werden nicht ausbleiben, die die

Wage zu Gunsten der vaginalen Methode sinken lassen werden. Da trotz alledem aber sicherlich vereinzelte Fälle mit Drüsencarcinom gerettet werden können, so muss zugegeben werden, dass nicht nur theoretisch, sondern auch vom Standpunkt der Praxis aus die Unmöglichkeit der Drüsenausräumung bei der SCHUCHARDT'schen Methode an sich ein recht grosser, sehr schwerwiegender Nachteil ist.

Diesem Nachteil gegenüber fallen die nicht selten recht erheblichen Beschwerden und Schmerzen, die während der Heilung der Hilfsschnitte SCHUCHARDT's auftreten, nicht allzusehr ins Gewicht; dagegen ist die Infektionsgefahr der grossen Bindegewebswunden nicht unbeträchtlich. Zweifellos wird die SCHUCHARDT'sche Operation, gegenüber der einfachen vaginalen Operation, wohl stets eine ein wenig höhere Sterblichkeit bei gleichwertigen Fällen darbieten, dafür aber den nicht zu unterschätzenden Vorteil gewähren, ausgedehntere Abschnitte des Beckenzellgewebes entfernen zu können und damit die Sicherheit der Dauerheilung erhöhen.

Wenn man vaginal vorgeht, so soll man im allgemeinen daher nach Schuchardt operieren, um die Zahl der Lokalrezidive möglichst zu verringern.

Bei der Wahl zwischen vaginaler und abdominaler Operation legt v. HERFF nur sehr wenig Wert auf die Möglichkeit der Ausdehnung der Operationsanzeigen.

v. HERFF* hat mit seiner abdominalen Methode bei weit vorgeschrittenen Fällen trübe Erfahrungen gemacht; er erachtet es als eine der vornehmsten Pflichten des Hausarztes, die Patientinnen möglichst frühzeitig zur Operation zu senden;** denn *Frühoperationen werden die Gesamtheilung in ganz anderer Weise erhöhen, als irgend eine noch so geistreiche Verbesserung irgend einer Operation.*

Im Interesse der der Basler Klinik anvertrauten Kranken hält es v. HERFF für besser, alle diese weitgehenden Operationen (extraperitoneale Radikaloperationen) so lange zurückzustellen, bis von anderer Seite der volle Beweis ihrer Ueberlegenheit durch niedrige Sterblichkeit und hohe Dauerheilung erbracht ist. Da die Berechtigung der abdominalen Operationen aber ausser Frage steht, da sie eine grössere Sicherung der Ureteren gewährleistet, die Möglichkeit klinisch nachweisbar erkrankte Drüsen auszurotten bietet und die Entfernung des Beckenbindegewebes

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 20: *Prof. v. Herff:* « Zur Drüsenausräumung bei Carcinoma uteri ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 336: *Prof. G. Winter:* « Die Bekämpfung des Uteruskrebses ».

um den Uterus und Scheide herum erleichtert, so hat v. Herff anderen Methoden sich zugewendet (Kelly, Clark), die ohne riesige Wunden diese Ziele verfolgen lassen:

« Ich beginne den Eingriff mit einem Medianschnitte, nötigenfalls durchtrenne ich einen oder beide Recti mit ihren Fascien subkutan in der Nähe ihrer Ansatzstellen an der Schamfuge. Diese Hilfsschnitte erscheinen mir jetzt nicht mehr notwendig, da der Doyen'sche « Ecarteur abdominal » an Freilegung des Operationsfeldes bei bequemer Anwendung alles leistet, was man wünschen kann.

Sicherung der beiden Art. ovaricæ, dicht am Abgang der Plica ovario-pelvica am Beckenrande, mit Zwirn, der als Zügel weiterhin dient. Versorgung der Ligamenta rotunda; Gesamtligatur oder Abklemmen der Adnexe dicht am Uterus, als Sicherung gegen rückläufige Blutung. Jetzt kann man in der Regel ohne jede Blutung die Lig. lata, entlang ihrer Basis, bis zur Seitenkante des Uteruskörpers, frei durchtrennen. Die beiden Platten des Ligamentstumpfes werden stumpf entfaltet, im Grunde der Wunde der Ureter freigelegt, die Art. hypogastrica aufgesucht, um die Art. uterina dich an ihrer Abzweigungsstelle zu unterbinden und zu durchtrennen. Die Ureteren werden darauf unter möglichster Schonung — keine Hackenpincetten — bis an ihre Einmündung in die Blase verfolgt, nötigenfalls aus Carcinommassen oder entzündlichen Schwielen und Narben ausgegraben, wobei grössere im Wege liegende Venenstämme zu sichern wären. Vorne und hinten querer Schnitt durch die Uterusserosa, Ablösen der Blase und der hintern Serosafläche bis weit abwärts, entlang der Scheide. Dabei werden die einzelnen Uterusbänder nacheinander aufgesucht und möglichst dicht an der Beckenwand durchtrennt und blutende Gefässe sofort versorgt. Ohne neue Einschnitte in das Beckenperitoneum hat man unter Emporheben und weiterer Entfaltung der Serosa das Becken auf erkrankte Drüsen, die sofort in der allgemein üblichen Weise entfernt werden, zu durchsuchen. *Ich lege das grösste Gewicht darauf, dass alles dies* **vor** *Auslösung des blutlosen Uterus, der nur noch mit der Scheide in Verbindung steht, geschieht.* Ist die Scheide einmal eröffnet, so ist man eher einer Infektion von hierher ausgesetzt, wenn man neben diesem eröffneten Kanal noch vieles auszuführen hat. Während und nach der Abtrennung der Scheide liegt die kritische Zeit des ganzen Eingriffes und diese Zeit muss daher auf das absolut notwendigste verkürzt werden. Um eine Infektion möglichst sicher zu vermeiden, ist für ausgiebigen Schutz der Bauchhöhle, namentlich aber der eröffneten

Bindegewebswunden, durch Stopftücher zu sorgen, die WERTHEIM'schen Knieklemmen, worauf ich ganz besonderen Wert lege, sind anzulegen. Die fusswärts gelegenen Wände der Scheide sichert man vor dem Zurückschlüpfen durch passend angelegte Hackenzangen. Jetzt erst wird dicht unterhalb der Klammern die Scheide rasch durchtrennt, die Schnittfläche des Scheidenstumpfes sofort gereinigt und in das mit den Hackenzangen entfaltete Scheidenrohr ein antiseptischer Gazetampon — ich bevorzuge Xeroformgaze, weil sie die Wundsekretion sehr beschränkt — eingeführt und die etwa blutenden Wundflächen rasch umstochen. Während aller dieser Eingriffe darf die Scheide nicht mit den Fingern berührt werden und sind die Instrumente zu wechseln oder abzuspülen. Wird hierbei mit gehöriger Vorsicht verfahren, so ist die Möglichkeit einer primären Infektion der Bauchhöhle oder des subserösen Raumes von der Scheide aus jedenfalls eine sehr geringe. Und in der Tat habe ich bei allen meinen Uterusexstirpationen, die ich in dieser Weise, sei es wegen Myom, Adnexentzündungen oder wegen Adnexcarcinomen, Uteruscarcinomen und Sarcomen ausgeführt habe, bis jetzt keine Peritonitis erlebt. Da ich alle Gefässe möglichst sofort und isoliert (mit Catgut) unterbinde, erfordert die Revision der Wunde auf etwaige Nachblutung nur geringe Zeit. Endgültige Tamponade der Scheide (der provisorische Tampon wird von einem Assistenten durch die Schamspalte entfernt) und der subserösen Wunde. Darüber fortlaufende Naht der Peritonealwundränder in dem bekannten hufeisenförmigen Verlauf, wie bei jeder Myomoperation. Ist man aus irgend einem Grunde der Asepsis nicht ganz sicher — Verletzung des Mastdarmes, gleichzeitige Komplikation mit eitrigen Adnextumoren, mit zerfallenden Drüsen u. s. w. — oder ist nicht genügend Peritoneum vorhanden, so muss die Beckenbauchhöhle nach der Scheide zu offen tamponiert werden. »

v. HERFF erachtet einen vorherigen Abschluss der Bauchhöhle durch Serosa, wie MACKENRODT, AMANN und er selbst ihn empfohlen haben, durchaus nicht mehr für notwendig. Nicht auf dem extraperitonealen Vorgehen beruht die Sicherheit gegen primäre Infektion, sondern auf der möglichsten Abkürzung der Zeit der Ablösung des Uterus von der Scheide. denn nur von hier aus droht eine Infektion.

Die Versorgung der Harnleiter ist bei dieser abdominalen Operation, je nach den Verhältnissen, ebenso leicht oder ebenso misslich, wie bei der ausgedehntesten Freilegung des Operationsfelder. Ureternekrosen sind eine unangenehme Beigabe dieser abdominalen Drüsenausräumungen

(zwei persönliche Beobachtungen). Bei ausgedehntem Carcinom sind Blasen- und Mastdarmverletzungen nicht zu vermeiden, auch Fistelbildungen mit tötlichem Ausgange, durch sekundäre Nekrose, kommen vor — aber solche Fälle soll man auch aus diesem Grunde in Zukunft nicht mehr abdominal operieren.

Die Frage nach der Möglichkeit und insbesondere nach dem Nutzen einer prinzipiellen Entfernung aller regionären Drüsen ist in praxi nicht ganz leicht zu beantworten. Ist die absolute Ausräumung der Beckendrüsen schon unmöglich, so sind die retroperitonealen Drüsen technisch nahezu unangreifbar und erkranken diese erfahrungsgemäss nicht allzu selten, mit oder ohne Ueberspringen der ersten regionären Drüsenetappen.

Gegenüber solch eingreifenden Operationen muss reiflich erwogen werden, dass, in einer *ersten Gruppe von Fällen, bei beginnendem Collumcarcinom,* namentlich bei dem Portiokrebs, Drüsenmetastasen nur selten vorkommen (v. Herff schätzt selbe auf 3—5 %), dass in etwas weiter vorgeschrittenen, aber noch günstigen Fällen diese auf rund 16 % zu berechnen sind.

In 5/6 aller günstigen Fälle ist daher eine Drüsenausräumung unnötig.

Die Entscheidung der Frage, ob abdominal oder vaginal zu operieren sei, wird gegenwärtig ganz besonders noch dadurch erschwert, dass niemand zur Zeit die Höhe der Dauerheilungen der modernen abdominalen Krebsausrottungen des Uterus kennt.

Um zu einem vorläufigen, möglichst wahrscheinlichen Urteil zu kommen, muss man nach v. Herff die anatomisch günstigen Fälle, bei denen nach dem Tastbefund die Neubildung die Uterusgrenzen nach keiner Seite hin überschritten hat, von jenen trennen, in denen die benachbarten Gewebe des Organes klinisch nicht mehr frei zu sein scheinen oder tatsächlich von der Entartung ergriffen worden sind. Die ganz schlechten Fälle hat man als aussichtslos bei jedem Operationsverfahren bei Seite zu lassen. Die Operationssterblichkeit der vaginalen Totalexstirpation günstiger Fälle dürfte mit 3 % hoch eingeschätzt sein. Die Dauerheilungen beginnender und günstiger Fälle wird nach allgemeiner Erfahrung jetzt jedenfalls 35 %, mit Hilfe der Schuchardt'schen Schnitte nicht unter 40 % betragen.

Die durchschnittliche Sterblichkeit der beschränkten abdominalen Operationen kann man zur Zeit auf etwa 12 % berechnen.

v. Herff glaubt, dass man das Interesse der Kranken gegenwärtig am besten wahrt, wenn man *günstige Fälle,* besonders beginnende Portiocar-

cinome, möglichst nach SCHUCHARDT operiert oder diese abdominal mit beschränkter Drüsensuche vielleicht nur dann angreift, wenn die Angehörigen nach offener Darlegung der Sachlage sich für diese Methode aussprechen.

Ganz anders liegen vielleicht die Verhältnisse bei der *zweiten Gruppe der weiter vorgeschrittenen Fälle,* insbesondere bei den *Collumcarcinomen mit beschränktem Ergriffensein des Beckenbindegewebes* oder der Scheide. Hier könnten die Vorteile der abdominalen Operation, insbesondere die Möglichkeit einer weiten Ausräumung des Beckenzellgewebes und der Entfernung der erkrankten Drüsen (die wenigstens in rund 45 % der Fälle zu erwarten sind), der bequemeren Freilegung gefährdeter Ureteren gelegentlich so sehr sich geltend machen, dass trotz einer höheren Sterblichkeit, vielleicht 12 % und mehr, ein grösserer Prozentsatz Dauerheilung möglicherweise erwartet werden kann. Die Fälle dieser Gruppe wären also schon eher prinzipiell abdominal zu operieren, da bei diesen so sehr gefährdeten Kranken höhere Gefahren keine wesentliche Rolle spielen können.

Die letzte Gruppe der Fälle, die der schlechten, *weit vorgeschrittenen Collumcarcinome,* wird am besten nach wie vor im allgemeinen in palliativer Weise zu behandeln sein.

Sollten die Ergebnisse der zweiten Gruppe von Fällen wider Erwarten günstig ausfallen, dann wäre erst die Zeit gekommen, die abdominale Operation auch auf die erste Gruppe, ja selbst auf die der dritten prinzipiell auszudehnen.

Beginnende Corpuscarcinome kann man vaginal operieren. v. HERFF zieht, wie bei den vorgeschrittenen Formen, die abdominale Hysterectomie vor, um die Plica ovariopelvica, mit den darin verlaufenden Lymphgefässen, möglichst proximal entfernen zu können. v. HERFF lebt gegenwärtig der Ueberzeugung, dass man nach diesen Maximen zur Zeit mehr leisten wird, als durch prinzipielles abdominales Operieren aller Uteruscarcinome.

« *Jedenfalls sei zum Schlusse noch einmal betont, dass die eigentliche Zukunft der chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses nicht so sehr in möglichst ausgedehnten Operationen liegt, als in Eingriffen, die möglichst im Anfangsstadium der Neubildung ausgeführt werden. Die Besserung der Gesamtheilung liegt demnach nur in beschränkter Weise in den Händen der Operateure, diese werden schon wie bisher das ihrige beitragen. Sie ruht vielmehr und in erster Linie in den Händen der Hausärzte* ».

Prof. Dr. O. von HERFF, Basel:

Giebt es sichere Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 21, pag. 681, 1904.)

Die Erfahrungen v. HERFF's stützen sich auf 3000 und mehr Schwangerschaftsdiagnosen.

Kindsbewegungen kann man zweifellos schon vor der 16. Schwangerschaftswoche nachweisen, nicht aber bei jedem Falle und nicht bei jeder Untersuchung. Erleichtert wird ihre Auffindung, wenn man den Uterus nachdrücklich abtastet, um die Frucht in Bewegung zu setzen und wenn man sich gehörig Zeit bei der Untersuchung nimmt. Man fühlt dann entweder einen raschen, sanften Stoss gegen das Ohr oder man hört deutlich ein sanftes, leichtes Reiben oder Schaben an der Uteruswand, das sehr rasch — und das ist höchst charakteristisch — wieder verschwindet. Gelegentlich findet man beide Erscheinungen miteinander vergesellschaftet. v. HERFF hat häufig darauf eine Schwangerschaftsdiagnose mit voller Sicherheit stellen können und sich bis heute noch nie geirrt.

v. HERFF's sehr zahlreiche Bemühungen, *Herztöne der Frucht vor* der Mitte der Schwangerschaft, etwa in der 16.—18. Woche oder noch früher, nachzuweisen, sind bisher durchweg gescheitert.

Für die Zeit der Schwangerschaft vor Hörbarwerden der Herztöne oder vor dem Nachweis der Kindesbewegungen besitzt man in der Tat sichere Zeichen dieses Zustandes, Zeichen, die noch für die spätere Zeit besonders wichtig werden können, weil sie von dem Nachweis des Lebens der Frucht nicht direkt abhängen.

Als solche *sichere Zeichen* hat v. HERFF bei seinen Untersuchungen etwa folgende kennen und würdigen gelernt:

Das Ballottement, das untrüglich für Schwangerschaft spricht, wenn es *innerhalb der Gebärmutter* selbst erfolgt (Tumoren mit Ascites müssen ausgeschlossen werden).

Mit AHLFELD stimmt v. HERFF überein, wenn er als sichere Zeichen der Schwangerschaft anführt: *Kräftige, ausgesprochene Zusammenziehungen des ganzen Uteruskörpers und regelmässiges Wachsen der Gebärmutter.*

Notwendig ist für letzteres Symptom eine lebende Frucht, denn bei toter Frucht wächst die Gebärmutter nicht, sondern verkleinert sich eher (ein wertvolles Zeichen für den Tod des Eies). Rascheres Wachsen, als

es für die Zeit zu erwarten ist, deutet auf akutes Hydramnion oder Blasenmole hin.

Am wenigsten sicher zu verwerten ist die bekannte Verfärbung des Scheideeinganges und der Scheide. Wenn aber die *Verfärbung* sehr ausgesprochen, *tief blau* oder *violett-purpurn* ist, wenn sie fleckig und gut ausgebildet auftritt, zumeist in Streifen, entlang den Vertiefungen zwischen den Falten der Haut, besonders auf dem Harnröhrenwulst, dann ist diese Erscheinung ein Zeichen, das mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für Schwangerschaft spricht.

v. Herff hat bei 30,000 Frauen diese Flecken nur ein einziges Mal ausserhalb der Schwangerschaft und zwar jenseits der Wechseljahre gesehen.

Prof. Dr. Krönlein, Zürich:

Ueber Nierentuberkulose und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

(Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 73, Heft 2.)

Die Erfahrungen über Nierentuberkulose, welche Krönlein bis Ende 1904 am Krankenbette und am Operationstische zu machen Gelegenheit hatte, umfassen im Ganzen 51 Fälle, d. h. 29,8 % der zur Beobachtung gekommenen Nierenkrankheiten.

Geschlecht.	
Männliche Kranke	13 (25,5 %)
Weibliche »	38 (74,5 %)
	51 Fälle

Alter.		
17.—20. Lebensjahr		7
21.—30.	»	23 (45,0 %)
31.—40.	»	14 (27.4 %)
41.—50.	»	6
51.—60.	»	1
		51 Fälle

Körperseite.	
Rechte Niere	24 (47 %)
Linke »	23 (45 %)
Beide Nieren	4 (8 %)
	51 Fälle

Krönlein macht speziell auf das ausserordentliche *Prävalieren des weiblichen Geschlechts* bei der Nierentuberkulose (74 % gegenüber 26 %) aufmerksam. Nach ihm sind es « *lokale Momente in der Niere* » und nicht eine allgemeine grössere Disposition des Gesamtorganismus für die tuberkulöse Infektion, die das häufigere Vorkommen der Nierentuberkulose beim Weibe bedingen.

Im Ganzen wurden 39 Patienten mit Nierentuberkulose einer operativen Behandlung unterworfen: 3 Mal *Eröffnung grosser perinephritischer Abscesse,* 2 *Nephrotomien* und 34 *Nephrektomieen.*

Krönlein kommt im weitern Verlauf seiner interessanten Arbeit ausschliesslich auf die Beobachtungen und Erfahrungen, welche er in den 34 Fällen von totaler Nephrektomie bei Nierentuberkulose gemacht, zu sprechen und resümiert zum Schlusse folgendermassen:

1. Kein Operierter ging unmittelbar nach der Operation unter Erscheinungen mangelhafter Funktion der restierenden Niere (Anurie, Uræmie) zu Grunde.

2. Von den 10 Todesfällen, die bis jetzt konstatiert wurden, konnten 9 seciert werden; nur in 2 Fällen, einmal 6 Wochen, das andere Mal 6 Jahre nach der Operation, fand sich die restierende Niere tuberkulös erkrankt; hier erfolgte der Tod jedesmal unter uræmischen Erscheinungen.

3. In den übrigen 7 secierten Fällen erwies sich die restierende Niere 6 Mal gesund; 1 Mal zeigte sie die Zeichen einer parenchymatösen (nicht tuberkulösen) Nephritis.

In einem Anhang werden die im Jahre 1904 festgestellten Endresultate von 24 zur Zeit noch lebenden, wegen Nierentuberkulose Nephrektomierten detailliert wiedergegeben.

Die reicheren Erfahrungen, die Krönlein heute zu Gebote stehen, unterstützen in nachdrücklicher Weise den von seinem früheren Assistenten Dr. M. O. Wyss* ausgesprochenen Satz:

« *Die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Niere ist eine der erfolgreichsten Operationen.* »

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 84: *Dr. M. O. Wyss:* « Nierenchirurgie ».

Dr. Alfr. Labhardt, Basel:

Ueber die Komplikation der Schwangerschaft mit Perityphlitis.*

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:

Prof. Dr. O. von Herff.

(Münchener mediz. Wochenschrift, Nr. 6, 1904.)

Zur Erweiterung unserer Kenntnisse der Beziehungen von Appendicitis zur Schwangerschaft und Wochenbett will Labhardt zwei (respektive 3) einschlagende Fälle der Oeffentlichkeit übergeben:

I. Fall. Schon seit einigen Monaten verspürt Pat. zeitweise diffuse Schmerzen im Unterleib. Stuhl meist angehalten. Letzte Periode Mitte Februar 1903; seit März sind die eben erwähnten Schmerzen im Unterleib allmählich stärker geworden; am 26. Mai trat, angeblich unter Fieber, eine plötzliche Steigerung der Schmerzen im Unterleibe ein; zugleich begann eine geringe Blutung aus den Genitalien; am 27. Mai soll eine Fehlgeburt ausgestossen worden sein; von diesem Augenblicke an stand die Blutung beinahe vollständig. Die Schmerzen im ganzen Unterleib und das Fieber nahmen jedoch noch an Intensität zu, so dass Pat. am 29. v. Mts. ins Frauenspital eintrat.

T. 39,4. P. 120. In der Ileocœcalgegend eine auf Druck sehr empfindliche Resistenz von Faustgrösse. Fundus uteri zwei Querfinger über der Symphyse; minimaler Blutverlust aus den Genitalien. Uteruskörper gross. Cervicalkanal für den Finger nicht mehr vollständig durchgängig.

Diagnose: Perityphlitis nach Abort.

Therapie: Manuelle Ausräumung der Uterushöhle wegen putrider Zersetzung des Uterusinhaltes.

Am 9. Juni Eröffnung zweier Eiterherde, rechts und links im kleinen Becken. Proc. vermif. wurde nicht weiter aufgesucht. Am 10. Juni wegen Fluktuation im Douglas'schen Raume Eröffnung eines Abcesses mittelst des Landau'schen Instrumentes.

Von nun an sank die Temperatur langsam und Pat. erholte sich nach und nach. In der Rekonvalescenz machte sie noch zweimal eine Phlebitis durch, konnte dann aber am 3. Oktober definitiv geheilt entlassen werden.

Nach eingehender Besprechung aller in Betracht kommenden Faktoren ist Labhardt der Ansicht, dass die Appendicitis den Abortus verursacht habe; dieser letztere kam sofort mit Beginn der Erkrankung in Gang. Das Krankheitsbild wurde durch die putride Zersetzung im Uterusinnern getrübt. Durch den intrauterinen Eingriff wurden wohl zarte Adhærenzen gelöst und so kam eine Verbreitung der Entzündung und Eiterung zu Stande (bis zur linken Unterbauchgegend).

* Siehe *Gyn. Helvet.* I. p. 35: *Dr. R. König:* « Appendicitis und Geburtshilfe ».

II. Fall. Letzte Periode am 2. Sept. 1902. Während der Schwangerschaft fühlte Pat. zeitweise Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; am 3. Juni normale Geburt. (Temperatur beim Eintritt in den Kreissaal 37,8, nach der Geburt 38.) Am 2. Tage des Wochenbettes hatte Pat. Morgens 38,4, Abends 39,5; aber erst am 6. Juni wurde ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Ileocœcalgegend mit einer diffusen aber deutlichen Resistenz konstatiert; die rechtseitigen Adnexe, das rechtseitige Beckenzellgewebe und das Beckenbauchfell ohne jegliche Veränderung. Ordination: Eisblase, Diät, Morphium.

In den nächsten Tagen nahm die Temperatur ab und auch die Druckempfindlichkeit verschwand nach und nach. Das Krankheitsbild der Appendicitis wurde später durch eine hinzutretende Phlebitis verwischt und am 15. Juni trat eine Lungenembolie der linken Seite auf. Die Druckempfindlichkeit und Resistenz in der Ileocœcalgegend waren nach ca. 3 Wochen vollständig verschwunden. Am 13. August konnte Pat. völlig geheilt entlassen werden.

Hier handelt es sich um einen appendicitischen Anfall, der durch die Geburt, d. h. durch die Veränderungen in Gestalt und Grösse des Uterus provoziert wurde oder auch durch die Bauchpresse.

Im Anschluss an diese beiden Fälle verbreitet sich Labhardt noch über *Diagnose, Prognose* und *Therapie der mit Schwangerschaft komplizierten Perityphlitis;* er will dabei aber nur einzelne Momente hervorheben:

Bei der *Appendicitis simplex* (Entzündung auf den Appendix selbst beschränkt) wird man bis zirka zum 5. Monat der Gravidität, sowie nach der Geburt, den Processus ebenso abtasten können, wie ausserhalb des puerperalen Zustandes; in der zweiten Hälfte der Gravidität dagegen wird ein solches direktes Abtasten des Wurmfortsatzes kaum mehr möglich sein.

Man muss sich hüten, allzugrossen Wert auf den *Mac Burney*'schen Punkt zu legen.

Ein weniger wichtiges « pathognomonisches Zeichen » als das Fühlen des verdickten Processus ist die sog. « défense musculaire » der Franzosen, eine Kontraktion der Muskeln der Bauchdecken an der Stelle der Entzündung, bei der palpatorischen Untersuchung. (Kommt auch bei Erkrankung der Adnexe etc. vor).

Wir haben also von objektiven Zeichen bei A. simplex in der ersten Hälfte der Schwangerschaft und im Wochenbett das Fühlen der verdickten Appendix in der Ileocœcalgegend; in der zweiten Hälfte der Gravidität sind wir auf Anamnese, Symptome und subjektive Erscheinungen angewiesen.

Relativ leichter ist die Diagnose bei Exsudatbildung auch für die vorgerücktere Zeit der Gravidität.

Nach Besprechung der *Differentialdiagnose* und *-Prognose* (die Aussichten hängen im einzelnen Falle lediglich von der Form der Erkrankung ab) bespricht LABHARDT die *Therapie:*

Dass bei deutlicher Abscessbildung ein operativer Eingriff indiziert ist, versteht sich von selbst. Bleibt bei einfacher Blinddarmentzündung die Temperatur und namentlich der Puls nieder, so kann man abwarten, in jedem andern Fall soll eine operative Therapie in Frage kommen.

Treffen Geburt und schwerste Erscheinungen der Appendicitis zusammen, so soll man, wenn immer möglich, den aseptischen Prozess, die Geburt, vollständig beendigen und erst dann die Appendicitis in Angriff nehmen.

Bei event. Zusammentreffen eines *Douglas-Abscesses* mit Schwangerschaft oder Geburt möchte LABHARDT die prinzipielle Eröffnung vom Rektum aus empfehlen.

Die Behandlung der erst im Wochenbett entstandenen Perityphlitis fällt mit den allgemein ausserhalb der Gravidität gültigen Prinzipien zusammen.

Nach Fertigstellung der vorliegenden Arbeit kam *ein weiterer Fall in der Basler Frauenklinik* zur Beobachtung, der deutlich die oft vorhandene Schwierigkeit der Diagnose der Perityphlitis während der Gravidität illustriert.

Prof. LANZ, Amsterdam und Prof. TAVEL, Bern:

Die Bakteriologie der Appendicitis.
Bactériologie de l'Appendicite.

(Revue de Chirurgie, N° 7, 1904, Félix Alcan, Paris.)

In vorliegenden Studien wollten die beiden Autoren vor allem untersuchen, welche Microorganismen sich in normalen und krankhaft veränderten Appendices vorfinden; von diesen wurde daher eine möglichst grosse Anzahl gesammelt und eingehend bakteriologisch untersucht.

Die Schlussfolgerungen lauten folgendermassen:

Der normale proc. verm. ist nie steril, er enthält im Gegenteil gewöhnlich verschiedene Microbenarten; in einem einzigen Falle wurde der Colibacillus allein vorgefunden; dieser letztere ist stets anwesend.

Der krankhaft veränderte proc. verm. (es handelt sich im allgemeinen

um à froid resecierte Appendices) ist in 10 von 100 Fällen steril. Man findet in qualitativer Hinsicht die gleiche Microbenflora, wie beim normalen Appendix. Je mehr der W. F. pathologisch verändert ist, desto geringer ist die Zahl der Microbenarten.

Die Appendix-Kyste bildet ein Uebergangsstadium zwischen pathologischem W. F. und extra-appendiculärem, kaltem Abscess. Sie ist in 37,5 von 100 Fällen steril und enthält gewöhnlich eine beschränkte Anzahl von Mikrobenarten.

Der abgelaufene extra-appendiculäre Abscess ist in 75 von 100 Fällen steril; im andern Falle enthält er wenig Microbenarten.

Der akute extra-appendiculäre Abscess (der perityphlitische Abscess) ist nie steril und enthält gewöhnlich eine ziemlich grosse Zahl von Arten; die vorgefundene Flora ist diejenige des W. F. und der Därme im allgemeinen.

Diese Resultate werden einiges Staunen erregen und werden diejenigen in Verlegenheit bringen, die überall nur Microben-Vorgänge sehen wollen. In Wirklichkeit sind die vorgefundenen bakteriologischen Befunde in genauer Uebereinstimmung mit der Pathologie der Entzündung.

Der normale W. F. sollte die gleiche Microbenflora aufweisen, wie der Dickdarm und das ist in der Tat auch der Fall; er ist daher nie steril.

Der krankhaft veränderte W. F. dagegen weist in der von ihm sekretierten Flüssigkeit viele Leucocyten auf und man konstatiert eine aktive Phagocytose, die in einer ziemlich grossen Zahl von Fällen zur Sterilität des W. F. Inhaltes führt.

Ist die Entzündung des W. F. abgelaufen, dann sind die Leucocyten verschwunden und man findet wieder die Verhältnisse, wie sie beim normalen W. F. bestehen.

Die gleichen Bedingungen beobachtet man, nur in einem höheren Prozentsatz, bei der Appendix-Kyste und beim abgelaufenen extra-appendiculären Abscess. Der akute extra-appendiculäre Abscess, d. h. der akute perityphlitische Abscess, weist eine ziemlich variable Flora auf, die selbstverständlicherweise von derjenigen des W. F. und des Darmes abhängt und die gleiche ist wie bei Infektionen, die ihren Ausgangspunkt vom Darm oder von mit Darminhalt in Berührung gekommenen Geweben nimmt.

Doc. Dr. C. Meyer-Wirz, Zürich:

Klinische Studie über Eklampsie.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:
Prof. Dr. Th. Wyder.
(Archiv für Gynækologie, Bd. 71, Heft 1.)

C. Meyer beginnt seine 120 Seiten starke Habilitationsschrift, der 117 Fälle zu Grunde liegen, mit:

I. *Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen:*

a) Nieren: Unter den *frischen,* wohl immer auf die Eklampsie zurückführenden *Befunden* finden sich beinahe alle die von Schmorl, Lubarsch, Pillet und Andern beschriebenen pathologisch-anatomischen Bilder. Fall 47 erbringt des weitern den *anatomischen Beweis, dass trotz des vollkommenen Fehlens der Albuminurie die Nieren doch ernstlich lädiert sein können.*

Bezüglich *der Ureteren* wird derselben in 23 Fällen in den Protokollen keiner Erwähnung getan; 7 mal ist besonders bemerkt, dass dieselben nicht erweitert waren und nur bei 4 Fällen findet man auf Harnstauung zurückzuführende Veränderungen beschrieben.

b) Die Leber erwies sich bei den Obductionen *makroskopisch nur 2 mal annähernd normal. Mikroskopisch* fand man fettige Metamorphose der Leberzellen, kleinere oder grössere Blutextravasate, Erweiterung der Kapillaren, mehr oder weniger ausgedehnte hyaline oder Blutplättchenthrombosen in den Lebervenen oder Pfortaderästen etc.

c) Auffallend häufig sind die *pathologischen Herzbefunde:* Epicardiale und endocardiale Blutungen, degenerative Veränderungen der Muskulatur.

d) In den *Lungen* wurden hæmorrhagische Infarcte gefunden, ausserdem zum Teil erweichte Thromben in Pulmonalarterienästen, weiter Fettembolie, subpleurale und bronchiale Blutungen etc.

e) Das *Gehirn* bot in 21 Fällen einen pathologischen Befund: Oedem der Pia oder der Gehirnsubstanz, Hydrops eines oder mehrerer Hirnventrikel, Hämorrhagien der Pia oder Dura etc.

f) Von den Sektionsergebnissen der *übrigen Organe* seien erwähnt: Blutung in den *Magen* oder in die Schleimhaut des *Darms,* Thrombose der *Vena cava* et iliaca, Verstopfung der *Venæ spermaticæ;* in der *Placenta* wurden derbe, weisse oder gelbliche Knoten vorgefunden.

Was schliesslich die *Befunde der Eklampsiekinder* betrifft, so ist das WYDER'sche Material in dieser Hinsicht nicht sehr gross.

Die von C. MEYER *zusammengestellten pathologisch-anatomischen Befunde bestätigen im allgemeinen den von* LUBARSCH *geäusserten Satz: « Es ist ein charakteristisches pathologisch-anatomisches Bild der Eklampsie festgestellt, das, wie der erfahrenste Forscher auf diesen Gebieten, Schmorl, sich ausdrückt, durch eine Summe, ein Complex von Organveränderungen repräsentiert wird, welcher sich aus Nierenveränderungen, aus anämischen und hæmorrhagischen Lebernekrosen, aus Blutungen und Erweichungen im Gehirn und im Herzen, sowie multipler Thrombenbildung zusammensetzt. »*

(Folgt noch ein interessanter *Fall von Eklampsie ohne Krämpfe,* mit genauer mikroskopischer Beschreibung der vorgefundenen Organveränderungen.)

II. *Aetiologie:*

Aus neuern Forschungen geht mit Sicherheit hervor, *dass die Verbreitung der Eklampsie nicht überall eine gleichmässige ist,* ja dass gewisse Gegenden sich einer gewissen relativen Immunität gegenüber dieser Erkrankung erfreuen. Welche ursächlichen Momente da mitspielen, entzieht sich bis jetzt unserer Kenntnis.

Was das Auftreten der Eklampsie *in den einzelnen Jahreszeiten* betrifft, so ergibt eine Zusammenstellung der C. MEYER'schen Fälle *eine ziemlich gleichmässige Verteilung während des ganzen Jahres.* Auch eine Zusammenfassung der Eklampsie-Todesfälle der letzten 30 Jahre im Kanton Zürich lässt keine besondere Bevorzugung einzelner Jahreszeiten erkennen.

Um die *Beziehungen zwischen Witterung und Eklampsieanfall* zu studieren, hat *C. Meyer* die offiziellen Listen der schweizerischen meteorologischen Centralanstalt bezüglich mittlerer Tagestemperatur und Barometerstände, sowie bezüglich der Witterungsverhältnisse der 3 Tage, welche dem Krankheitsausbruch vorausgingen. zusammengestellt; es konnte aber daraus *keinerlei sichere Anhaltspunkte gewonnen werden, aus welchen ein Einfluss der Witterung auf die Entstehung der Eklampsie hervorgehen würde.*

Meyer geht im weiteren Verlaufe seiner Arbeit auf das *Verhältnis der Erst- zu den Mehrgebärenden,* auf die *mehrfachen Geburten* und auf die *Häufigkeit der Erkrankung in der Schwangerschaft und unter der Geburt* ein.

III. *Pathogenese:*

Die grosse Mehrzahl der Autoren fasst *die Eklampsie als eine Autointoxication des mütterlichen Organismus mit einer im Blut zirkulierenden Substanz auf,* welche durch direkte Schädigung der Nervenzentren oder durch vasomotorische Einflüsse die Krampfanfälle auslöst.

Für eine *Vergiftung* sprechen vor Allem die anatomischen Befunde; aber über *die Art des Giftes und seine Provenienz* ist man bis zur Stunde noch keineswegs abgeklärt. Die übereinstimmend negativen Ergebnisse der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes weisen darauf hin, *dass die toxische, im Blut kreisende Substanz jedenfalls nicht der Harnstoffreihe angehören kann, sondern eine Zusammensetzung haben muss, die sich nicht durch Erhöhung der osmotischen Druckverhältnisse anzeigt, dass es sich also um einen Stoff handeln muss, der eine hochatomige, gross-moleculäre Zusammensetzung hat**. *Schmorl* hat schon aus den pathologisch-anatomischen Untersuchungen (Thrombosen) geschlossen, dass eine *Gerinnung erregende Substanz* im Blute der Eklamptischen diese Vorgänge bedingen könnte. Durch eine Reihe von Untersuchungen der neuesten Zeit ist nun in der Tat die *Erhöhung des Fibrinprozentsatzes im mütterlichen Blut* festgestellt worden; doch sofort tritt uns die weitere *Frage nach dem Ursprung und dem Grund dieser Vermehrung des Fibrins* im Blute entgegen: Uebergang fœtaler Stoffwechselprodukte in das mütterliche Blut? *(Kollmann, Fehling u. A.)*

Als *prædisponierende Momente* kämen in Betracht, *Erkrankung oder funktionelle Störung der mütterlichen Ausscheidungsprozesse, bei im Blute derselben sich anhäufenden für die Eklampsie spezifischen Giftstoffe. Ureterenkompression und Dilatation (Halbertsma), erhöhte Irritabilität der Gehirncentren Schwangerer (v. Herff),* eine gewisse *neuropathische Veranlagung (Glockner).*

Gegen die fœtale Theorie der Eklampsie sprechen aber eine Reihe von Erscheinungen des klinischen Bildes, auf welche Wyder** in der Giessener Gynækologen-Versammlung schon hingewiesen hat, so die *Wochenbettseklampsie.*

C. Meyer teilt aus der Wyder'schen Klinik einen Fall von *Spätwochenbettseklampsie* mit (14 Tage post partum), bei dem *eine Retention fœtaler*

* Siehe *diesen Jahrgang: Dr. E. Wormser:* « Zur modernen Lehre von der Eklampsie ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 166: *Prof. Wyder:* « Symptome, Diagnose und Therapie der puerperalen Eklampsie ».

Abfallsprodukte mit Sicherheit auszuschliessen ist und der geradezu als Beweis gelten kann, dass der Fœtus nicht immer für die Entstehung der Eklampsie verantwortlich gemacht werden kann.

Das auffallende Prävalieren Erstgeschwängerter bei der Eklampsie ist durch die fœtale Theorie nicht zu erklären; ebenso dunkel bleibt der Umstand, dass gewöhnlich Frauen nur einmal von eklampt. Anfällen befallen werden (Immunität).

Nach *C. Meyer's* Ansicht kann, gestützt auf einschlagende Beobachtungen an der *Wyder*'schen Klinik, *für einen Teil der Fälle wenigstens an der Theorie der Eklampsie, welche auf einer Intoxication durch fœtale Stoffwechselprodukte basiert, nicht festgehalten werden.*

Woher denn das Eklampsietoxin? *Schmorl* machte auf die Placentarriesenzellen in den Lungen und im Herzblut Eklamptischer aufmerksam.

Veit kam auf Grund seiner Experimente zu dem Schluss, *dass unter dem Einfluss von Placentarzellen, also fœtaler Elemente, welche in's mütterliche Blut gelangen, sich in demselben ein Gift bilde, welches mit der Entwicklung der Eklampsie in Zusammenhang stehe.*

Durch das regelmässige Auftreten syncytialer Elemente (Poten) im Blute Schwangerer wird vielleicht ein häufiges Vorkommnis der Gravidität, die Albuminurie und die sog. Schwangerschaftsniere, ebenfalls erklärlich.

Nach der Theorie, welche sich an die *Lehre von den Cytotoxinen* anschliesst (siehe die oben erwähnte Arbeit von E. Wormser), wäre vielleicht *die Menge* der in den mütterlichen Kreislauf verschleppten Placentarelemente (Syncytotoxine) entscheidend dafür, dass es in einem Fall nur zu leichter Albuminurie. in einem andern zur ausgesprochenen Schwangerschaftsniere und in einem weiteren zum Ausbruch der Eklampsie kommt.

Nasse hat einen *vermehrten Fibringehalt des Blutes in der normalen Schwangerschaft* nachgewiesen; dann ist auch eine *deutliche Vermehrung der Leukocyten in der Gravidität* von mehreren Untersuchern festgestellt worden, unter andern von Wild, aus der Wyder'schen Klinik.

C. Meyer führt eine persönliche Beobachtung für die Annahme an, dass die sogenannte Schwangerschafts-Nephritis und die Eklampsie verwandte Krankheitsprozesse darstellen.

Zum Schlusse bespricht der Verfasser *die Symptome, die Diagnose, die Prognose und die Therapie der Eklampsie,* wichtigere Tatsachen durch einschlagende Fälle stützend (siehe auch die *Wyder*'schen Auseinander-

setzungen) und endlich folgen übersichtlich, in Tabellenform zusammengestellt, 62 *Schwangerschafts-Eklampsiefälle,* 32 *Geburts-Eklampsiefälle,* 23 *Wochenbetts-Eklampsiefälle* und 35 Sektionsprotokolle.

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:

Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LI, Heft 3.)

Unter der Bezeichnung « *Grossesse extramembraneuse* » ist in den letzten Jahren von den Franzosen eine bisher unbekannte Anomalie in die Pathologie der Schwangerschaft eingeführt worden (Glaize, Marocger). Man stellt sich dabei vor, dass es sich um eine Schwangerschaft handle, bei welcher die Frucht ausserhalb der Eihäute liegt. Meyer-Ruegg hält aber für das Punctum saliens bei dieser Anomalie, *dass trotz Ruptur der Eihäute die Schwangerschaft erhalten bleibt und die Frucht sich weiter entwickelt.*

Als eine besondere Varietät der « Grossesse extramembraneuse » kann man jene Bildungs-Anomalie bezeichnen, bei welcher nur das Amnion berstet und sich über den Fötus zurückzieht, während das Chorion erhalten bleibt: « *Grossesse extra-amniotique* ».

Aus der Literatur werden 11 einschlagende Fälle zusammengestellt und diesen ein von Meyer-Ruegg *selbst* beobachteter Fall angeschlossen:

32-jährige Nullipara; Verlauf der Schwangerschaft beschwerdefrei; im 7. Monat mässiger Grad von Hydramnion; keine Herztöne; Kindslage nicht zu bestimmen. 8 Tage darauf, während die Frau schlief, erfolgte der Blasensprung. Es floss sehr viel Fruchtwasser ab, bald stellten sich Wehen ein und wurde das Kind geboren: 34 cm. lang, Hasenscharte und Wolfsrachen, Hemicephalie, eigrosser Hirnbruch und grosser Bauchbruch (Fig. 1).

Die bis jetzt bekannten 12 einschlägigen Fälle werden noch zusammenhängend kurz besprochen. Dass auch das *Chorion* zerreissen kann, ohne dass die Schwangerschaft sogleich unterbrochen wird, ist längst bekannt. Dabei kann der erhaltene Amnionsack mehr oder weniger weit aus dem Risse des Chorion heraustreten und in hochgradigen Fällen sogar völlig sich herausschälen, so dass er nur noch an der Nabelschnurinsertion hängt. Ein Abortivei mit diesem Befunde hat Meyer-Ruegg bereits beschrieben.

Eine wesentlich andere Stellung nehmen die Fälle von *Fortdauer der 'chwangerschaft nach Ruptur beider Eihäute* (Grossesse extramembra-.euse) ein.



Fig. 1.

Nachgeburt. Ohne Besonderes auf der mütterlichen Seite. Der Eisack ist voll-ständig; er besteht aber nur aus Chorion. Die von der Placenta zum Kinde ziehende 3andmasse stellt das geborstene, von der Nachgeburt zum grössten Teil und dem Cho-:ion vollständig abgelöste Amnion dar. Von der Mitte des Nabelstranges, dort wo er :echtwinklig abbiegt, zieht ein derberer Amnionstrang über das Gesicht hin und setzt ;ich oberhalb der Stirn in der Sagittalebene am Hirnbruch an; nach der Verlötung les freien Endes der Hauptbandmasse mit der Schädelkapsel und dem Brustkorbe, nuss das Amnion weiter gewachsen sein. Die Verwachsung mit der Schädelkapsel aatte wohl den Defekt des Gehirns, vielleicht sekundär auch die mangelhafte Bildung les Gesichtes zur Folge.

Es handelt sich um die *Weiterentwicklung des Fœtus* trotz Abflusses des Fruchtwassers, während bei « Missed labour » sowohl wie bei « Missed abortion » die *abgestorbene Frucht* im erhaltenen, ausnahmsweise auch im geborstenen Eihautsacke zurückgehalten wird.

Es werden aus der Literatur 13 mehr oder weniger genau beschriebene Fälle angeführt und diesen ein neuer von Dr. Sturzenegger in Zürich klinisch beobachteter Fall hinzugefügt:

24-jährige Frau; hat zweimal geboren. Mai und Juni 1902 je eine schwache Periode, ohne alle Schmerzen, dann neuerdings Ausbleiben der Menses. Auf einen am 9. Oktober erlebten heftigen Schreck führt Patientin eine in der Folge eintretende Aenderung im bisher normalen Schwangerschaftsverlauf zurück: erst schleimiger, dann dünnflüssiger-wässeriger Ausfluss (ohne alle Schmerzen), der immer stärker wurde und der intelligenten Frau den Eindruck von « Fruchtwasser » machte. Weiter fiel der Frau auf, dass die heftigen Schmerzen im rechten Hypogastrium, die sie in



Fig. 2.

den ersten zwei Schwangerschaften schon geplagt hatten, diesmal ausblieben, dass der Leib, der sonst rasch sehr stark geworden war, diesmal langsam an Umfang zunahm. Ungefähr von Weihnachten an will sie Kindsbewegungen verspürt haben, die aber im Gegensatz zu den früheren Malen auffällig schwach, kaum spürbar gewesen seien. Am 11. Januar setzten regelrechte Wehen ein. Die Hebamme konstatierte: M. m. zweifrankengross; man fühlt keine Blase, ein weicher Teil liegt vor. Spontanes Durchschneiden des Steisses (Rücken links). Weder während noch nach der Geburt des Kindes ging ein Tropfen Fruchtwasser ab.

Die Nachgeburt folgte ca. 5 Minuten später spontan, ohne wesentliche Blutung. Kind starb nach 1/2 Stunde; sämtliche Gliedmassen waren dem Rumpf eng anliegend (typische Klumpfussstellung). Gewicht des Kindes 960 gr. Maasse denen eines 6 1/2 Monate alten Fœtus entsprechend.

Alles deutet darauf hin, dass der Fœtus seit längerer Zeit einem allseitigen Druck ausgesetzt, aller Bewegungsfähigkeit beraubt, d. h. ohne Fruchtwasser von der Uteruswand eng umschlossen war.

Meyer-Ruegg hat die *Nachgeburt* in Formalinlösung eingelegt und einer genauen Untersuchung unterzogen.

Die Placenta (siehe Fig. 2, auf welcher die Placenta einen fast ganz durchgehenden Schnitt zeigt, der zur genauen Untersuchung angefertigt wurde) zeigt klumpige Gestalt. Die Nabelschnurinsertion liegt genau im grössten Durchmesser. Die fœtale Seite, welche Fig. 2 darstellt, unterscheidet sich bei oberflächlicher Betrachtung nur wenig von der maternen; sie ist scheinbar auch mit einer Schichte Decidua bedeckt. Von Eihäuten überzogen ist nur die allernächste Umgebung der Nabelschnurinsertion. Es besteht also eine hochgradige *Placenta marginata.*

Fig. 3 gibt einen nur wenig schematisierten Durchschnitt durch die Placenta.

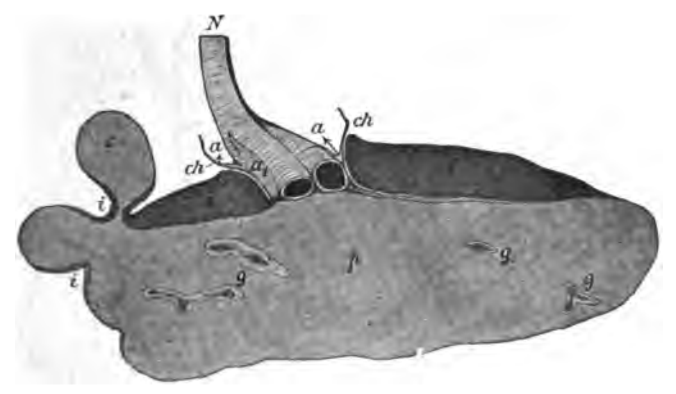


Fig. 3.

Der kleine Rest der Eihöhle an der Nabelschnurinsertion ist in die Placentarfläche eingedellt; die dadurch entstandene Rinne wird aussen umrahmt von einer scharf vortretenden, das Niveau der Placentarfläche aber nur sehr wenig überragenden Leiste. Die Eihäute selbst endigen als ununterbrochener, aber nur 2-3 cm breiter Saum. Der einzige Rest der Eihöhle besteht aus Chorion und Amnion. Ersteres vereinigt sich mit

den Gefässwandungen und tritt in die Tiefe der Placenta ein. Beide Eihäute sind am freien Rande ringsum unlösbar fest mit einander verwachsen.

Am Rande der Placenta sitzt ein etwa eigrosser Cotyledo (Fig. 3c) der fœtalen Fläche auf. Der Rand des Kuchens hat in der Nachbarschaft noch eine andere starke und daneben zwei leichtere Hervorragungen.

H. Meyer stellt dann in Tabellenform sämtliche bisher beschriebenen Fälle von « Grossesse membraneuse » übersichtlich, mit Berücksichtigung der dabei in Frage kommenden wichtigsten Daten, zusammen; daran schliesst er eine persönliche Beobachtung an, bei welcher es sich ebenfalls um Erhaltung der Schwangerschaft nach frühzeitiger Berstung der Eihäute handelte, bei der aber der Fœtus im Eisacke verblieb.



Fig. 4.

Fig. 4 gibt ein Bild des dabei zu Stande gekommenen Eihautrisses. Man sieht das Amnion mit seinem einschichtigen Epithel; es hat sich nach aussen umgekrempt und am äussersten Ende in gleichem Sinne

aufgerollt. Seine Bindegewebschichte vereinigt sich in beträchtlicher Entfernung vom Ende mit derjenigen des Chorion zu einer einzigen gleichmässigen Lage faserigen Gewebes, an welcher nichts mehr auf die Entstehung aus zwei Blättern hindeutet.

Das mehrschichtige gewucherte *Chorionepithel* geht mit dem vereinten Bindegewebe des Chorion und Amnion eine Art Durchwachsung ein. Fig. 5 gibt die Verwachsungsstelle in stärkerer Vergrösserung wieder



Fig. 5.

H. Meyer legte sich im weitern Verlauf seiner sehr eingehenden Arbeit noch *mehr praktische Fragen* zur Beantwortung vor:

1. « Wie konnte es allen Erfahrungen und dem physiologischen Gesetz zum Trotz kommen, dass die Gebärmutter in diesen Fällen nach vollständigem Fruchtwasserabfluss das Ei noch länger in sich duldete und der Fœtus nicht abstarb, sondern weiter wuchs? »

2. « Unter was für Umständen dürfen wir vom blossen Blasensprung *überhaupt* am ehesten die Anregung zu guter Wehentätigkeit erwarten? »

3. « Welches ist die Ursache des Blasensprungs? » etc.

Klinische Symptome der Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. Das einzige charakteristische Symptom ist die *Hydrorrhoe.* Ist diese festgestellt und katarrhalischer Scheidenfluss ausgeschlossen, so handelt es sich nur noch um die Unterscheidung von Abgang sogen. falschen Fruchtwassers, also von Hydrorrhœa gravidarum bei Endometritis decidualis. Das Fruchtwasser träufelt beständig ab, während ein endometritisches Exsudat nur mit Unterbrüchen ausgestossen wird. — Das Fruchtwasser ist in der ersten Hälfte der Schwangerschaft wasserklar, während das Exsudat der Endometritis immer leicht blutig tingiert oder strohgelb gefärbt ist und die Wäsche steift. Diese Unterscheidung wird aber nur im Beginn der Hydrorrhoe von Wert sein.

Therapie. Die Franzosen legen grossen Wert auf strenge Bettruhe und Opiumbehandlung. *H. Meyer* dagegen hält das Ei für verloren, wenn die Eiblase einmal geborsten ist.

Dr. K. Meyer, Zürich-Winterthur:

Beitrag zur spontanen Uterusruptur in der Schwangerschaft.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 45, 1904).

Baisch kam auf deduktivem Wege zu dem Schlusse, dass in allen Fällen von spontaner Uterusruptur, wo nicht Uterusmissbildung oder pathologische Eieinsertion (Grav. interstit.) vorliege, es sich um eine pathologische Alteration des Uterusmuskels handeln müsse, um Substitution des normalen Muskelgewebes durch ein anderes, heterogenes. — Im vorliegenden Falle glaubt Meyer solche Veränderungen in hinreichend grosser Ausdehnung nachweisen zu können:

27-jährige IV gravid; letzte Menses am 6. August 1901; in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft Beschwerden von Seiten von Krampfadern des rechten Beins; letzte Cohabitation vor 5 Wochen; seit dem 17. und 18. März 1902 sehr matt und Schmerzen in der linken Seite; am 19. März heftige Schmerzen, infolge lebhafter Kindsbewegungen; per vaginam ging eine Spur Blut ab, aber kein Wasser. Hebamme verordnete bei für 1 Finger durchgängigem M. m. ein Dampfsitzbad; der wegen Krampfwehen herbeigerufene Arzt machte eine Morphiuminjektion (furchtbare Krämpfe im Leibe; Abdomen bei Berührung höchst schmerzhaft und in der Magengegend besonders stark gebläht) und verlangte sofortige Ueberführung in die Frauenklinik; aber erst am folgenden Morgen wurde wegen bedeutender Verschlechterung des Allgemeinbefindens die Hilfe eines Frauenarztes in Anspruch genommen.

Diagnose: Ileus infolge maligner Darmgeschwulst?
Therapie: Spitalaufnahme behufs baldiger Laparotomie.

Am 20. März kam Pat. auf die chirurgische Abteilung des Herrn Prof. Krönlein; exspektatives Verhalten; am Abend des folgenden Tages wurde Pat. in die Frauenklinik transferiert, weil die Frühgeburt im Gange sei:

Es handelte sich um eine Gravidität im 6-7 Lunarmonat; da die Dispnœ Tags darauf wieder etwas zugenommen und Pat. einen sehr schwerkranken Eindruck machte, so wurde am 22. III. zur Beschleunigung der Geburt durch Metreuryse geschritten; am 23. III. wurde der Ballon ziemlich plötzlich ausgestossen, jedoch waren bei der Untersuchung Vagina und Beckenkanal völlig leer, Muttermund gut handtellergross, aber kein vorliegender Teil.

In ganz oberflächlicher Chloroformnarkose wird die ganze Hand in die etwas kleine Vagina eingeführt und konstatiert, dass auch das Cavum uteri leer ist, bis auf eine Bride, die von der linken Seite zu einer Oeffnung links oben im Fundus führte und welch' letztere bequem für 2 Finger durchgängig war. — *Diagnose:* Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. — *Laparotomie:* Die etwa 5 cm. lange Rissstelle am Fundus blutete nicht; da aber schon Fieber vorhanden gewesen und eine vorhandene Peritonitis vom Uterus ausgegangen sein konnte, so entschloss man sich zur *supravaginalen Amputation.*

Beschreibung des durch Operation gewonnenen Präparates: Der Riss sitzt ganz auf der linken Seite des Fundus und ist etwa 5 cm. lang. Auffällige Dünnheit der Wandung ist an dem kontrahierten Organ nicht nachweisbar, weder an der Rissstelle noch an der Schnittfläche der Cervix. Adnexe normal. Das Organ in toto etwas klein im Vergleich mit andern puerperalen Uteri. Die Muskulatur an der Rissstelle $^3/_4$ — $1^1/_2$ cm. dick, an der Cervix $1^1/_2$ cm. Die Placenta dürfte im Fundus und zum grössten Teil an der vorderen Wand gesessen haben, ziemlich in der Mitte, so dass nur der linke Rand der Placenta noch im Bereich des Risses war. Placenta wog 360 gr. Fœtus weiblichen Geschlechts, 46 cm. lang, 2000 gr. schwer, Kopfumfang 32 cm., etwas maceriert.

Sektionsbericht: Peritonitis fibrinosa, Pleuritis serosa sinist., Anæmia universalis, Meteorismus intestini et ventriculi.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes:

1. Peritoneum: verdickt, homogensulzig, kernarm, ohne Epithelschicht, an anderer Stelle liegt eine feinkörnige Fibrinmasse in ziemlich dicker Schicht auf dem Epithel, das stellenweise in Cylinderform gewuchert ist; endlich findet man ganz recente Entzündungserscheinungen. — Die Muscularis serosæ ist im Bereiche der hyalin degenerierten Serosa kernarm; die Muskelzellen gequollen oder in scholligem Zerfall.

2. *Muscularis.* Die fibrilläre Zeichnung des Bindegewebes ist verloren gegangen. Die Wandung kleiner und mittelgrosser Gefässe ist hyalin degeneriert (Kokken); stark lichtbrechende, blasse, kernarme Querschnitte von Muskelzellen; die feine Längsstreifung der Muskelfasern fehlt; das Protoplasma trübe, homogen, gequollen etc.

3. *Mucosa.* Diese zeigt in histologischer Hinsicht kaum irgendwelche Veränderungen, ausser den für die Decidua charakteristischen. Die serotinalen Riesenzellen dringen nirgends irgendwie tiefer in die Muskulatur ein, als gewöhnlich; wuchernde Zotten sind nirgends zu finden.

4. *Elastische Fasern.* Dieselben fanden sich hier reichlicher vor, als in Controllpræparaten von einem puerperalen Uterus aus dem 10. Monat.

Wie dürfen diese Befunde nun verwertet werden? Zwischen Ruptur und Exitus liegen 5 volle Tage. Die Möglichkeit, dass in diesem Zeitraum tiefgreifende Veränderungen an der Muskulatur und am Bindegewebe Platz greifen konnten, ist ohne weiteres zuzugeben. Trotzdem scheinen *Meyer* im concreten Falle die zellarme, schwielige Verdickung der Serosa und die hyaline Obliteration der Gefässe mit Notwendigkeit für einen längerdauernden Prozess zu sprechen.

Worin liegt nun die Ursache dieser degenerativen Prozesse? Die Maasse des Uterus, die geringe Grösse und schwächliche Entwicklung der Frau führten *Meyer* zu der *Annahme, dass hier ein gewisser Grad von Infantilität* vorgelegen habe. Eine weitere Bestätigung dieser Ansicht scheint durch die vorausgegangenen spontanen Frühgeburten gegeben zu sein. Wenn vielleicht auch die Placenta 2 oder 3 mal ungefähr an derselben Stelle gesessen hätte, so wären reichlich Momente gegeben, welche die Entwicklung jener Degeneration verständlich machen könnten.

Die *Diagnose* kann nur dann gestellt werden, wenn es gelingt, den kontrahierten puerperalen Uterus und neben ihm einen Tumor zu fühlen, der mit einiger Deutlichkeit die Form eines Kindeskörpers wiedergibt, oder an dem sich sogar einzelne Kindesteile von aussen oder per vaginam aut rectum nachweisen lassen. Event. käme *instrumentelle Dilatation des Cervicalkanales und direkte Austastung* des Uteruscavums in Frage.

Die verschiedenen *Symptome* können ungezwungen in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. In die des peritonealen Insultes.
2. Die der inneren Blutung und
3. Die vom graviden Uterus resp. der Frucht ausgehenden.

Differential-diagnostisch käme in Betracht: Stieltorsion eines Adnextumors, Perforationsperitonitis, Darmocclusion, Tubengravidität, *vorzeitige Lösung der Placenta.*

Auf einer beigegebenen Tafel werden 4 mikroskopische Abbildungen vorgeführt; des veiteren ist eine makroskopische Abbildung beigegeben.

Dr. Fr. SUTER, Basel:

Ueber den Harnscheider von Luys* und die Ausscheidung von Indigokarmin durch die Nieren.

Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Herrn Prof. Emil BURCKHARDT in Basel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 18, pag. 585, 1904.)

In der Klinik von Prof. E. BURCKHARDT kamen der Harnscheider von CATHELIN und derjenige von LUYS zur Anwendung; das letztere Instrument wird vorgezogen. Dass es den Harn der beiden Nieren gut teilt, scheint sich aus 210 von LUYS** mitgeteilten Beobachtungen zu ergeben. Die intramuskulären Injektionen von indigoschwefelsaurem Natrium (4 cm³ einer 4 °/₀ Lösung) bilden des weitern ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, da sie in Verbindung mit dem LUY'schen Harnscheider *1. eine Kontrolle für die gute Funktion des Instrumentes abgeben und 2. wertvolle Aufschlüsse über die Funktion der Nieren gestatten.*

Es werden 7 Fälle mitgeteilt, bei denen die Kombination des LUY-schen Harnscheiders und der intramuskulären Indigokarmin-Injektionen zur Anwendung kam.

Die Leistungen des LUY'schen Harnscheiders waren in 9 Applikationen gute; das Instrument bedeutet jedenfalls einen Fortschritt; es ist bei Fällen mit schwerer kranker Blase zu verwenden, für die der Ureterkatheter nicht zu gebrauchen ist.

Was können die Indigokarmin-Injektionen leisten? Es fiel auf, wie augenfällig sich in der Ausscheidung dieses Farbstoffes die Funktion der Niere ausprägt! Augenfällig, denn ein Tropfen Urin der in dem Ausflussrohre des *Luy*'schen Separators erscheint, sagt uns durch seine Farbe, ob und in welchem Grade die Niere imstande ist, den Farbstoff auszuscheiden.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 220: *Dr. Wildbolz:* « Ueber den neuen Harnscheider nach Luys ».

** *Georges Luys:* « La séparation des deux reins ». Masson et Cie, Paris, 1904.

Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Zur Diagnose des Sitzes der Occlusion beim Ileus.
Le Diagnostic du Siège de l'Occlusion dans l'Iléus.

(Revue de Chirurgie, Félix Alcan, Editeur, Paris, 1903/4.)

Tavel gibt in einer vorzüglichen Monographie zuerst folgende *Klassifikation des Ileus:*

Dynamischer Ileus.		Nervöse Läsionen.	1. Des Rückenmarkes. 2. Der peripheren Nerven.
		Nervöser Reflex in Folge	3. Incarceriertes Epiploon. 4. Incarcerierter Bruchsack. 5. Littre'sche Hernie 6. Einklemmung von Bruchsackorganen (Hoden, Eierstock). 7. Einklemmung von Steinen (der Gallenblase. des Duct.-Choledochus, der Nieren und des Harnleiters). 8. Pleuresia diaphragmatica. 9. Extraperitoneales Trauma. 10. Intraperitoneales Trauma. (operativ.)
		Läsionen des Gefäss-systems.	11. Septische und aseptische Embolie 12. Septische und aseptische Thrombose. 13. Ligaturen.
		Intoxicationen.	14. Alcaloide (Morphium). 15. Uræmie.
		Entzündungen.	16. Darm-Peritonitis. 17. Peritonitis der Nachbarschaft. Entzündung der Abdominalorgane. Cholecystitis, Oophoritis, Metritis.
	bedingt durch Dysperistaltismus, in Folge von	nervösem Reflex.	18. Hysterie.
		Vergiftung.	19. Blei-Vergiftung.
	bedingt durch Hyperperistaltismus, in Folge von	nervösem Reflex.	20. Entzündung der Nachbarschaft.
		Vergiftung.	21. Bakterien-Toxine, Tyrotoxine.
	bedingt durch Antiperistaltismus.		22. Hysterie.
Mechanischer Ileus.	In Folge Verschluss durch	Fremdkörper.	23. Gallensteine. 24. Anastomosen-Knöpfe. 25. Kirschkerne. 26. Ascariden. 27. Koprolithen, Enterolithen.
		Neubildungen des Darmtraktus.	28. Polypen. 29. Leiomyome. 30. Lipome. 31. Carcinome. 32. Tuberkulose. 33. Accessorischer Pankreas.
		Invaginierte Darmschlinge.	34. Einfache Invagination. 35. Doppelte Invagination.

- In Folge Compression durch
  - Fremdkörper.
    - 36. Compressen, Instrumente, etc.
  - Deplacierte Organe.
    - 37. Milz.
    - 38. Magen.
    - 39. *Uterus.*
    - 40. *Ovarien.*
  - Organ-Entzündungen.
    - 41. Stieldrehung (aseptisch).
    - 42. Pancreatitis (septisch).
  - Exsudate.
    - Intraperitoneale
      - 43. Tuberkulöse Peritonitis mit oder ohne Tympanie.
      - 44. Hæmatome.
    - Extraperitoneale
      - 45. Subseröse Hæmatome.
  - Neubildungen
    - Intraperitoneale
      - 46. Dermoide.
      - 47. Mesenterial-Cysten.
      - 48. Echinococcen.
      - 49. *Extrauterin-Gravidität.*
    - Extraperitoneale
      - 50. Sarcome.
      - 51. Carcinome.
      - 52. Osteome.
  - Stränge.
    - 53.
- In Folge falscher Lage
  - Processus vermiformis.*
    - 54.
  - Meckel'sches Divertikel.
    - 55.
  - Herniæ.
    - 56. Ombilicales.
    - 57. Crurales.
    - 58. Inguinales.
    - 59. Ventrales.
    - 60. Perineales.
    - 61. Obturatores.
    - 62. Properitoneales.
    - 63. Retroperitoneales.
    - 64. Diaphragmaticæ.
    - 65. Mesentericæ.
    - 66. Canalis omphalo-mesenterici.
    - 67. Winslowii.
  - Adhärenzen
    - 68. Der Därme untereinander.
    - 69. Der Därme mit der Bauchwand oder den Bauchorganen.
  - Abknickung.
    - 70.
  - Volvulus.
    - 71.
- In Folge von Verengerung
  - Congenital
    - 72.
  - Erworben
    - 73. Tuberkulose.
    - 74. Syphilis.
    - 75. Actinomykose.
    - 76. Carcinome.
    - 77. Compression *(Uterus).*
    - 78. Ulcerierende Narben.
    - 79. Traumatische Narben.
- Atresie.
  - 80.

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 81 : *Dr. R. Stierlin :* « Ueber Darmocclusion ».

Tavel bespricht sämtliche 80 verschiedenen Formen und deutet auch kurz die Casuistik an; dann kommt er eingehend auf die

Symptome des Ileus zu sprechen:

I. Allgemein-Symptome.

Facies. Hippocratica.

Nervensystem. Schlaf, Aufgeregtsein, Angstgefühl, Krämpfe, Schüttelfrost.

Temperatur. Im allgemeinen; Differenz zwischen axillarer und rectaler Temperatur.

Zirkulation. Schneller und voller Puls, Cyanose, Hæmodiagnose.

Respiration. Beschleunigt, oberflächlich.

Harnsekretion. Häufig, Anurie, Indicanurie.

II. Symptome, herrührend vom Darmtraktus und vom Peritoneum.

Zunge. Belegt, rot, trocken.

Erbrechen. Natur des Erbrochenen: schleimig, gallig, stuhlähnlich; Stuhl, blutig. Auftreten: unmittelbar, verzögert. Häufigkeit: häufig, regelmässig, selten, mit Unterbrechungen. Menge: reichlich, wenig.

Brechneigung.

Aufstossen.

Spasmodische Contraktion des Zwerchfelles.

Constipation. Gleichzeitiges Auftreten mit der Ursache der Occlusion. späteres Auftreten; gleichzeitig auftretend mit der Sistierung der Winde, frühzeitigeres Auftreten.

Natur der Stühle: acholisch, blutig (Zeichen von *Curveillier*). Melaena.

Gasabang. Anzeiger des Peristaltismus; Diagnose zwischen acutem und chronischem Ileus.

Schmerzen. Lokalisation, Grad und Zunahme im Beginn, Dauer oder Unterbrechungen, paroxysmale Zunahme, Exacerbation in der Wärme.

III. Symptome durch die lokale Untersuchung eruiert.

Inspektion. Allgemeiner Meteorismus.

Regionärer Meteorismus (Zeichen von *Langier*). Aufgetriebensein der epigastrischen Gegend, der mittleren Partien des Abdomens und der Colongegend.

Lokaler Meteorismus (Zeichen von *Wahl-Zœge*). Schlinge fixiert und dilatiert. Nabel proeminent.

Peristaltismus. Aperistaltismus und Peristaltismus der fixierten

Schlinge, Hyperperistaltismus und Antiperistaltismus oberhalb derselben.

Peristaltismus kommt der normalen Ernährung der Darmschlingen gleich.

Percussion. Tympanie, metallischer oder gedämpfter Schall. Freier Erguss im Peritoneal-Raum (Zeichen von *Bönnecken-Gangolphe*).

Auskultation. Kompleter oder unkompleter Aperistaltismus. Auskultation des Klystiers (Zeichen von *Treves*).

Auskultation-Percussion. Ballon-Symptom (*Nothnagel*).

Transsonanz (*Henschen* und *Bendersky*).

Auskultation von Reibegeräuschen (*Romberg*).

Palpation. Resistenz der resp. Schlinge oder eines Herdes. Oedem-Schmerzen: lokalisiert im Niveau der Occlusion, in der Magengrube. Zeichen von *Kocher* (unvermitteltes Loslassen des palpierenden Fingers). Clapotement (Wasser-Luft), Gargouillement, Wogen-Sensation.

Rectal-Untersuchung. Empfindlichkeit des Douglas, der einen der Wandungen des kleinen Beckens. Exsudat.

IV. Symptome der Occlusion, je nach den verschiedenen Abschnitten des Darmtraktus.

Vaginal-Untersuchung. Empfindlichkeit des Douglas, der einen der Wandungen des kleinen Beckens. Exsudat.

Pylorus-Occlusion. Erbrechen schleimiger Massen oder von eingenommener Nahrung, ohne Galle, manchmal mit Blut untermischt.

Stühle selten; ebenso Windabgang.

Schmerzen in der epigastrischen Gegend und im Rücken.

Mehr oder weniger ausgesprochene Magendilatation.

Resistenz in der Gegend des Pylorus.

Duodenal-ampulläre Occlusion. Gleiche Symptome wie für die Pylorus-Occlusion; hinzu kommt noch Ikterus.

Duodenal-Occlusion. Erbrechen von aufgenommener Nahrung (mit und ohne Galle) und von Bauchspeicheldrüsensaft. Im Magen findet man grosse Mengen von Galle und Pancreassaft. Das Erbrochene ist äusserst reichlich; der Kranke erbricht viel mehr als er aufnimmt.

Stühle und Windabgang selten oder haben ganz sistiert.

Regionärer Meteorismus der epigastrischen Gegend.

Einziehung der Sub-ombilicalen Gegend, ausgenommen in Fällen von enormer Magendilatation.

Jejuno-ileum-Occlusion. Erbrechen schleimiger Massen, untermischt mit Galle, später von Fæcalmassen.

Stuhl und Windabgang haben fast vollständig aufgehört.

Regionärer Meteorismus des mittleren Abschnittes des Abdomens, mehr oder weniger ausgesprochen, je nachdem der Sitz des Verschlusses mehr oder weniger nach unten zu sitzt.

Ileo-cæcal-Occlusion. Erbrechen seltener und später auftretend als in der Jejuno-iliacal-Occlusion.

Stühle und Windabgang fehlen vollständig.

Regionärer Meteorismus, ohne den Verlauf des Colon durchscheinen zu lassen, ohne Verdrängung der Leber und der Organe des Thorax.

In der Ileo-cæcal-Gegend lokalisierte Empfindlichkeit.

In vielen Fällen Empfindlichkeit der rechten. Wand des kleinen Beckens bei der rektalen oder vaginalen Untersuchung.

Occlusion des rechten Winkels des Colon. Erbrechen tritt spät auf, kann aber auch vollständig fehlen.

Weder Stühle noch Windabgang.

Ausgesprochener Meteorismus mit mehr oder wenig ausgesprochener Verdrängung des Zwerchfells.

Dilatation des Colon ascendens.

Ausgesprochene Empfindlichkeit in der Lebergegend.

Die Klystiere werden gut ertragen.

Occlusion des linken Winkels des Colon. Erbrechen verzögert, kann fehlen.

Weder Stühle noch Windabgang.

Ausgesprochener Meteorismus mit starker Verdrängung des Zwerchfells.

Dilatation des Colon ascendens et transversum.

Empfindlichkeit der linken hypochondrischen Gegend.

Grosse Klystiere werden weniger gut ertragen.

Sigmoidale, iliacale oder Becken-Occlusion. Erbrechen verzögert oder fehlend.

Weder Stühle noch Windabgang.

Sehr ausgesprochener Meteorismus, Colon-Zeichnung.

Verdrängen der Leber und des Herzens, manchmal bis zum Verschwinden der Dämpfung dieser Organe:

Nur kleine Klystiere werden mehr oder weniger gut ertragen, je nach dem Sitz des Verschlusses.

Wenn der Sitz der Occlusion ein iliacaler ist, dann kann man sie vermittelst der Palpation bestimmen, wenn, im Gegenteil der Sitz ein pelvieller ist, so kann der Verschluss bei der äusseren Palpation nicht in Form einer empfindlichen Stelle gefühlt werden.

Die Rectal- und Vaginal-Untersuchung gestatten dann diese zu erkennen.

Rectal-Occlusion. Verzögertes Erbrechen oder dieses ganz fehlend.

Weder Stühle noch Windabgang.

Sehr starke Verdrängung der Organe.

Selbst kleine Klystiere werden nicht ertragen.

Der rectal untersuchende Finger erkennt sofort den Verschluss.

Anale Occlusion. Der Finger kann nicht ins Rectum eingeführt werden.

Tavel kommt in einem weiteren Kapitel auf die *Diagnose* des Ileus zu sprechen. Der Arzt muss in erster Linie *die Differentialdiagnose zwischen wahrem Ileus und zwischen Constipation* stellen; dann wird er sich zu entscheiden haben, ob im gegebenen Falle eine *mechanische oder eine dynamische Occlusion* vorliegt. In dritter Linie wäre die Frage zu eruieren, ob ein *akuter oder ein chronischer Ileus* vorliegt. Die hauptsächlich in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden besprochen. Besprochen wird des weiteren die *Diagnose des Sitzes der Occlusion* und dies an Hand von 25 selbst beobachteten und sehr detailliert wiedergegebenen Fällen.

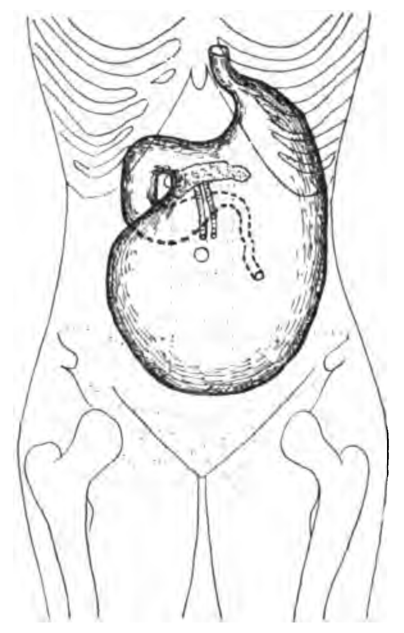


Fig. 6.

Der enorm dilatierte Magen komprimiert das Duodenum an seinem Eintritt in das Ileum und bewirkt eine Magenstase, ohne sehr ausgesprochene Dilatation des Duodenum.

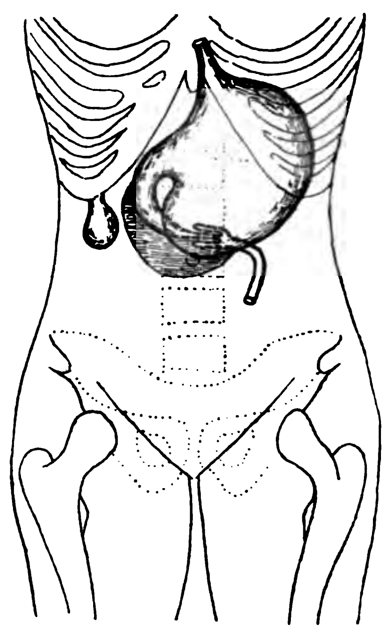


Fig. 7.

Subseröses Hæmatom, das das Duodenum komprimiert und eine Invagination des Duodenum in das Jejunum herbeigeführt, mit consecutiver Dilation des oberen Abschnittes des Duodenum, der Gallenblase und des Magens.

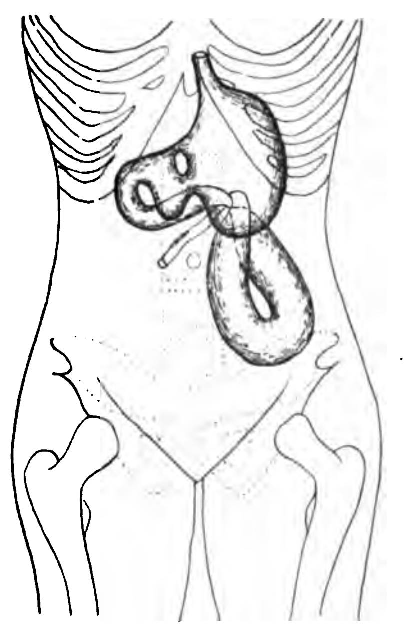


Fig. 8.

Zweigeteilter Magen. Volvulus einer Schlinge des Jejunum mit Occlusion nach Gastro-Gastrostomie.

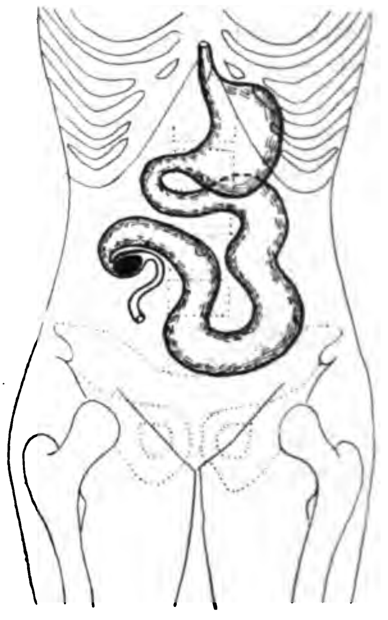


Fig. 9.

Occlusion des oberen Abschnittes des Ileum nach Fixation des Darmes an einen Gallenstein.

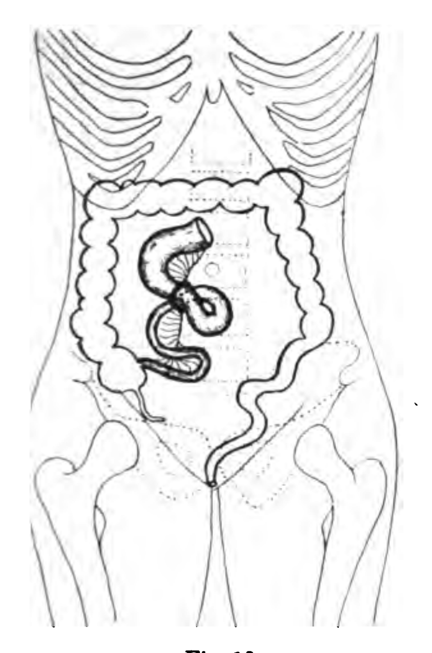


Fig. 10.

Occlusion des unteren Abschnittes des ›eum infolge einer parietalen Mesente- alhernie.

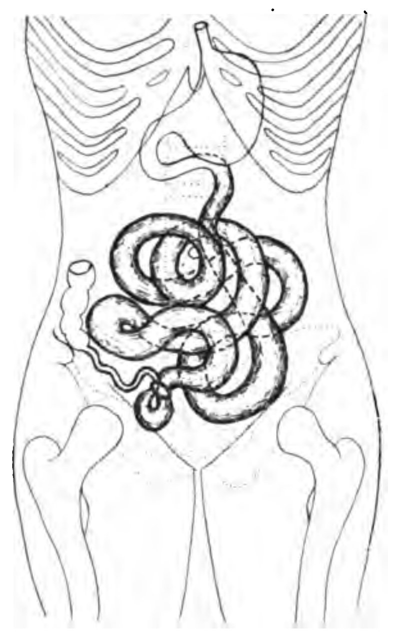


Fig. 11.

Occlusion des unteren Abschnittes des Ileum nach incarcerierter Inguinalhernie. Meteorismus der mittleren Partien des Abdomens.

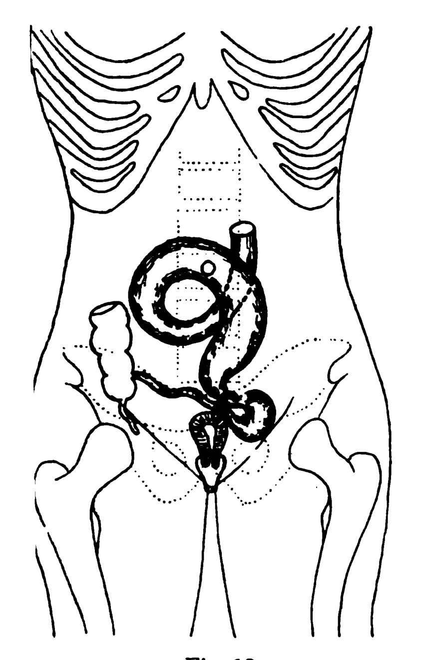


Fig. 12.

Occlusion des unteren Abschnittes des ›um bei innerer Hernie infolge Strang- ldung am Uterus.

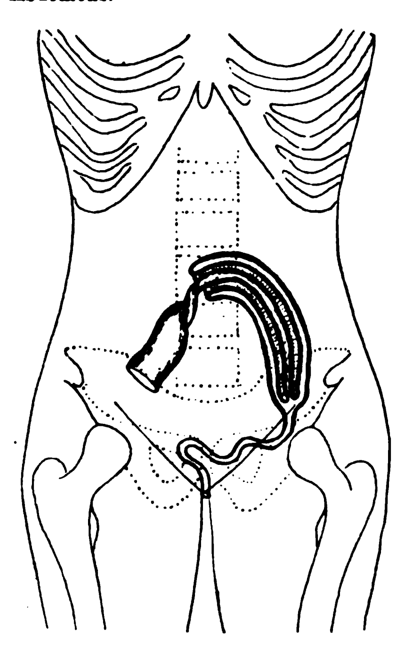


Fig. 13.

Ileo-cæcale Invagination mit Verlegung des Colon ascendens in die Fossa iliaca interna sinistra.

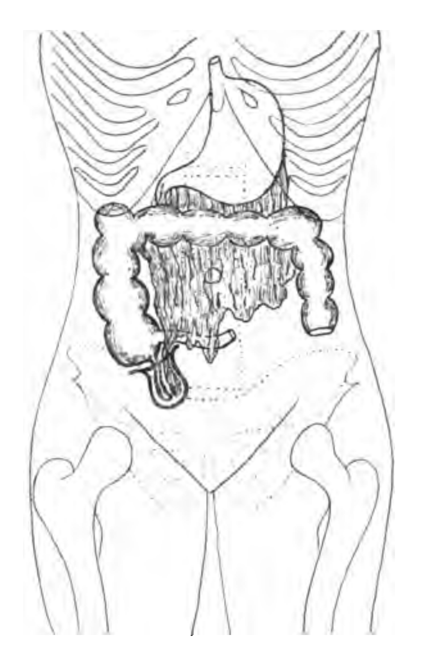


Fig. 14.

Properitoneale Hernie, die den proc. vermif. und etwas gangraenisiertes Epiploon einschliesst.

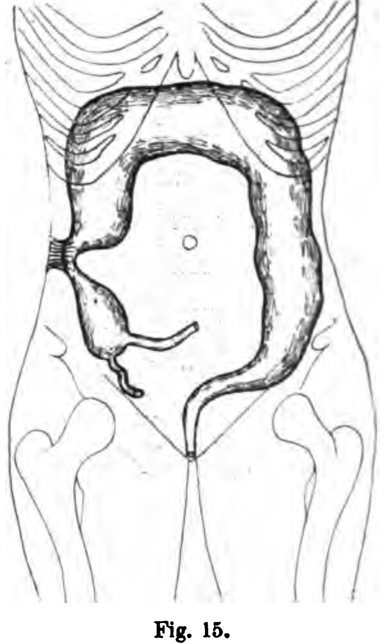


Fig. 15.

Im Verlaufe des Colon ascendens ein Strang, der im Cæcum eine Stase herbeigeführt, sowie eine Paralyse mit Dilatation des Colon transversum und descendens.

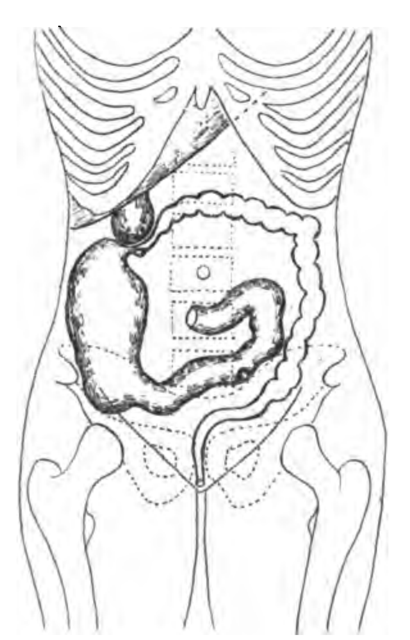


Fig. 16.

Occlusion im rechtsseitigen Winkel des Colon, hervorgerufen durch eine eitrige Cholecystitis, die das Colon comprimiert. Dilatation des Colon ascendens. Enterostomie im Bereiche des Ileum.

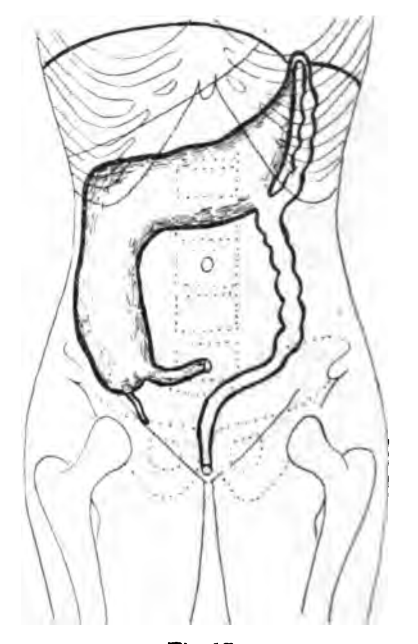


Fig. 17.

Occlusion am linksseitigen Colonwinkel, infolge Zwerchfellhernie. Enorme Dilatation des Colon ascendens und transversum. Entero-Anastomose zwischen dem Colon transversum und dem Colon descendens.

1. Fall: Ileus infolge plötzlich einsetzender Pylorus-Occlusion, bei ekundärer Entzündung der pylorischen Gegend nach Ulcus pylori.

2. Fall: Ileus durch duodenale Occlusion infolge Kompression des Duodenum an der Duodeno-jejunalfalte; nach Gastro-Enteritis und Magenparalysie. (Fig. 6).

3. Fall: Ileus infolge duodenaler Occlusion, bewirkt durch ein traumatisches subseröses Hæmatom und gefolgt von Invagination des Duodenum in das Jejunum. (Fig. 7).

4. Fall: Ileus verursacht durch eine Occlusion des Jejunum, infolge ekundären Volvulus nach Gastro-Anastomose wegen zweigeteilten Magens. (Fig. 8).

5. Fall: Ileus infolge Occlusion des Jejunum-Ileum nach Abknickung, hervorgerufen durch einen incarcerierten Gallenstein. (Fig. 9).

6. Fall: Ileus bei retroperitonealer incarcerierter Hernie des Ileum.* Fig. 10).

7. Fall: Ileus nach incarcerierter rechtsseitiger Inguinal-Hernie Fig. 11).

8. Fall: Unvollständiger Ileus durch Kompression einer Ileum-Schlinge durch einen vom Uterus ausgehenden Strang. (Fig. 12).

9. Fall: Ileus nach cæcaler Invagination. (Fig. 13).

10. Fall: Ileus infolge hysterischer Ileo-Cæcal-Occlusion.

11. Fall: Ileus infolge einer Hernie des processus vermiformis und properitonealer gangrænöser Epiploitis. (Fig. 14).

12. Fall: Leichter Ileus nach Appendicitis und Darmblutung.

*13. Fall***: Dynamischer Ileus infolge Aperistaltismus nach Strangbildung auf dem Colon ascendens und nach Geburt. (Fig. 15).

14. Fall: Mechanischer und dynamischer Ileus nach eitriger Cholecystitis. Occlusion im rechtsseitigen Winkel des Colon. (Fig. 16).

15. Fall: Ileus infolge Occlusion am linksseitigen Winkel des Colon, hervorgerufen durch eine incarcerierte Zwerchfellhernie. (Fig. 17).

16. Fall: Ileus infolge Kompression des linken Colonwinkels durch eine retroperitoneale Blutung. (Fig. 18).

17. Fall: Chronischer Ileus infolge Occlusion von Colon transversum et descendens nach Strangbildung und Darmverdrehung. (Fig. 19).

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 71/72: *Dr. F. de Quervain:* « Zur Implantation des Colon transversum in das Rectum oder den Anus ».

** Siehe *diesen Jahrgang. Prof. Tavel:* « Narbige Pericolitis postappendicularis ». Fall 2.)



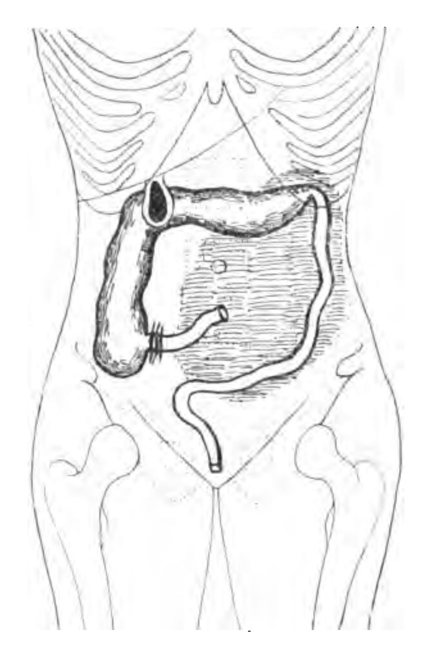


Fig. 18.

Occlusion am l. Colonwinkel durch ein subseröses Hæmatom. Dilatation des Colon transversum et ascendens. Enorm grosser Gallenstein der Gallenblase.

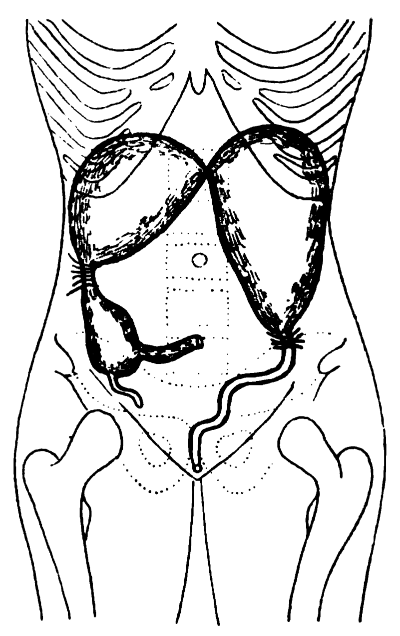


Fig. 19.

Colon transversum et descendens enorm dilatiert nach Strangbildung und Darmverdrehung hinter und vor den dilatierten Darmpartien.

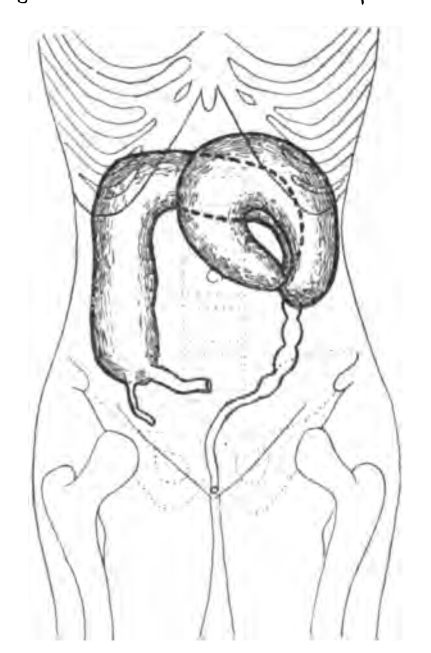


Fig. 20.

Volvulus des Colon descendens und enorme Dilatation der verdrehten Darmschlinge, sowie des Colon transversum et ascendens vor dem Hindernis.

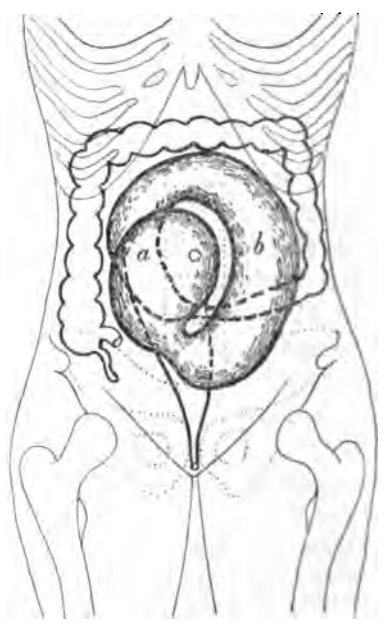


Fig. 21.

Sigmoidales Megacolon (idipathische Dilatation der Flexura sigmoidalis) ohne mechanische Ursache hinter der Schlinge und vor derselben eine Striktur des Colon sigmoidalis iliacus.

18. Fall: Chronischer Ileus infolge Volvulus des Colon descendens und der Flexura sigmoidea, Gangræn. (Fig. 20).

19. Fall: Ileus infolge dynamischer Occlusion der Flexura sigmoidea nach Kompression während der Geburt.

20. Fall: Dynamischer Ileus infolge traumatischer Paralysie nach Beckenfractur.

21. Fall: Ileus infolge inkompleten Volvulus eines sigmoïdalen Megacolon. Anastomose. Resektion der Darmschlinge. Exitus: Perforativ-Peritonitis. (Fig. 21).



Fig. 22.

Schema der wegen sigmoidalem Megacolon ausgeführten Operation. An der Basis der Schlinge eine Entero-Anastomose; Resection der Schlinge; Peritonisation des Mesenteriums.

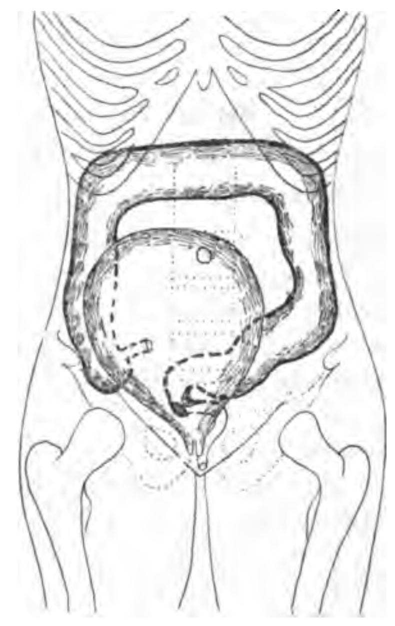


Fig. 23.

Rectale Occlusion infolge atrophischen Krebses und Compression durch ein enormes Uterusmyom. Dilatation des gesamten Colon (Colon-Zeichnung).

22. Fall: Ileus infolge Obstruktion durch Kirschkerne von einer sigmoidalen Striktur, herrührend von der Kompression eines Myoms und später eines atrophischen Krebses. (Fig. 23).

23. Fall: Ileus infolge Occlusion durch einen Krebs des Rectums.

24. Fall: Ileus infolge congenitaler, analer Atresie.

Die *Tavel'sche Monographie* ist 110 Seiten stark und enthält so viel des Interessanten, speziell auch für den Gynækologen, dass deren Lektüre bestens empfohlen werden kann.

Dem Verleger der « Revue de Chirurgie », Herrn *Felix Alcan, Editeur in Paris*, ist der Herausgeber dieser Jahresschrift ganz besonders verpflichtet für die so liberale Ueberlassung sämtlicher 18 in Frage kommender Clichés.

Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Narbige Pericolitis postappendicularis.

Péricolite cicatricielle postappendiculaire.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 1, pag. 5, 1904.)

Jedermann weiss, dass die Appendicitis die Bildung von Adhærenzen mit der Umgebung (Colon, Ovarium, Tube etc.) herbeizuführen im Stande ist; weniger scheint aber bekannt, dass diese Komplikationen und ganz besonders die Pericolitis nach dem akuten Anfall weiterbestehen können, selbst dann noch, wenn der Appendix ausgeheilt oder exstirpiert worden ist.

Anatomische Betrachtungen. Das Colon ascendens ist ziemlich breit an der hintern Abdominalwand fixiert, das Peritoneum bedeckt nur die vorderen und seitlichen Partien; eine circuläre Naht, ist aus diesem Grunde immer etwas Problematisches. Das Cœcum hat eine retroperitoneale Implantations- und Fixationsbasis, deren Ausdehnung wesentlich variert. Der Mesenterialstiel ist manchmal breit und kurz, ein andermal lang und schmal (*Cœcum vagabundum* nach *Roux*). Das Mesocœcum ascendens und das Mesocolon ascendens ist immer hinter dem betreffenden Darmabschnitte plaziert. Normalerweise hat die äussere seitliche Partie des Colon ascendens keine Befestigungen und ist nicht an die Abdominalwand fixiert, nichtsdestoweniger findet man so häufig Adhærenzen, dass man kaum an eine Anomalie zu denken wagt; diese Adhærenzen sind gewöhnlich ziemlich vascularisiert und haben sämtliche einen schiefen Verlauf; sie nehmen ihren Ausgangspunkt von der Bauchwand und steigen nieder, indem sie sich an die äussere Fläche des Colon ascendens und an's Cœcum anheften.

Man findet die innere Oberfläche des Colon ascendens nicht selten adhærent mit dem Rande des Epiploon; hier handelt es sich um pathologische entzündliche Prozesse.

Tavel hat in vorliegender Arbeit hauptsächlich diese neugebildeten Adhærenzen im Auge.

Das entzündete viscerale Peritoneum des Darmes geht aber ebenfalls eine narbige Schrumpfung ein, die sich parallel zur Axe des Darmes etabliert.

Beobachtungen:

1. Fall. 32-jährige Frau; erster Anfall von Perityphlitis im Jahre 1893, weitere leichte Anfälle bis 1895. Im Januar 1900 nach einem Abortus neuer Anfall von einigen Tagen.

Erste Operation am 3. Juli 1900. Sternincision nach *Roux*. Der nicht veränderte Appendix, sowie das vergrösserte und etwas adhærente rechte Ovarium (mit Tube) werden exstirpiert. Schluss der Bauchwunde. Die Schmerzen bestanden aber post operationem gleichwohl; man fühlt in der rechten Fossa iliaca einen beweglichen Tumor. Stuhl unregelmässig (Cœcumtuberkulose ?).

Zweite Operation am 23. April 1902. Cœcum normal, sehr beweglich; in der Mitte des Colon ascendens ein dicker Strang, der die äussere Darmfläche mit der Bauchwand

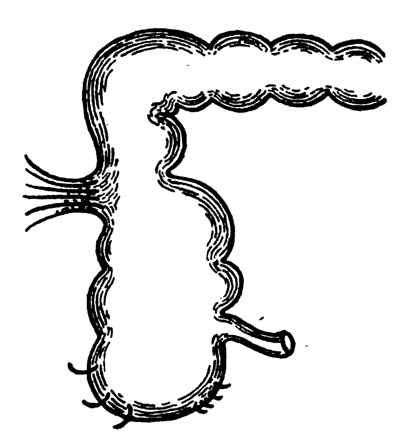


Fig. 24

verbindet. Fig. 24. Das Cœcum bildet mit dem untern Abschnitt des Colon ascendens eine Masse, die dank dem verlängerten Mesenterium sich um den beschriebenen Strang drehen kann. Dieser letztere wird durchtrennt und excidiert, hierauf das Cœcum eröffnet (keine Ulcerationen, keine Verengerungen). Um das Herumwandern des Cœcum zu verhüten, wurde seine seitliche, äussere Partie in der Fossa iliaca mit einigen Nähten fixiert. Heilung.

Die Kotstase im Cœcum kann man sich nur dadurch erklären, dass man eine Reflexirritation annimmt, hervorgerufen und unterhalten durch den dicken, narbigen Strang.

*2. Fall.** Während der Schwangerschaft beständig Schmerzen in der rechten Abdominalgegend. Zange am 15. November.

Der Bauch bleibt unterhalb der Lebergegend durch einen enorm grossen Darmtumor aufgetrieben, weder Winde noch Stuhl.

Operation am 18. Nov. Laparotomie. Das Colon ascendens ist durch einen 12 cm. breiten Strang an die seitliche Wand des Abdomens fixiert und bildet so eine Abknickung. Fig. 25. Cœcum wenig dilatiert; der Dünndarm leer, dagegen ist der Rest des

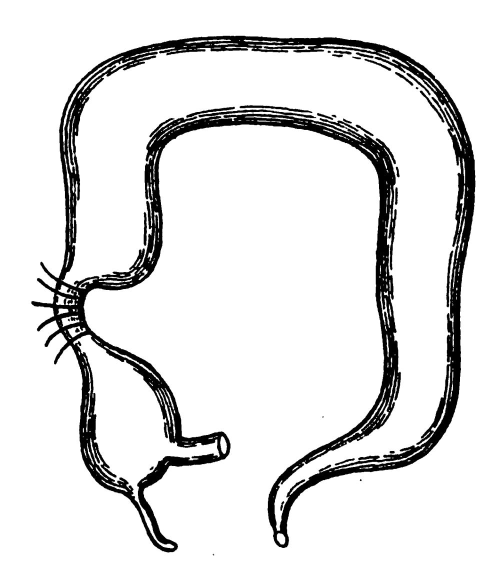


Fig. 25.

Colon ascendens, das Colon transversum und das Colon descendens bis in die linke Fossa iliaca stark dilatiert und mit Gasen angefüllt; im S. Romanum kein weiteres Hindernis. Es wird an 3 Stellen punktiert, um die Gase zu entfernen; der Strang wird incidiert. Heilung.

Auch hier ist eine narbige Pericolitis die Ursache allen Uebels, während man im Verlaufe der Gravidität an eine Perityphlitis dachte.

3. Fall. 26-jähriges Frl. 4. Mai 1902 Operation wegen Perityphlitis; neuerdings Schmerzen, jedoch von verschiedenem Charakter wie ante operationem; zur Zeit der Regeln nicht nur Schmerzen in den Eingeweiden, sondern besonders tief rechts im Becken. Das rechte Ovarium war seit der Perityphlitis immer empfindlich geblieben.

* Siehe *diesen Jahrgang,* p. 40 : *Prof. Tavel :* « Zur Diagnose des Sitzes der Occlusion beim Ileus ». (Fall 13. Fig. 15.)

. März 1903. Cœcum sehr schmerzhaft auf Druck. Tumorbildung.

Diagnose: Periovaritis und narbige Pericolitis.

Operation: 4. März 1903. Rechtes Ovarium und rechte Tube exstirpiert. Die Narbe er früheren Appendicectomie ohne jede Entzündung und ohne Adhærenzen. In der Iitte des Colon ascendens ein starker Strang, der eine ausgesprochene Einschnürung ıerbeigeführt. Fig. 26. Durchtrennung des Stranges. Heilung. Ovarium und Tube hne wesentliche Veränderungen.

Die Hauptursache der Schmerzen war hier wohl die Pericolitis.

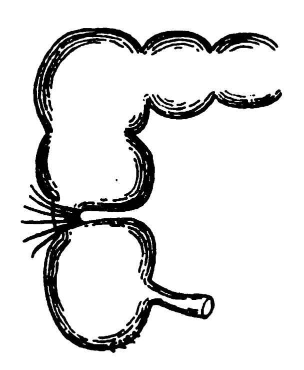


Fig. 26.

4. Fall. 36-jährige Frau, seit dem 26. Altersjahre Schmerzanfälle im Abdomen; ausgesprochene Constipation; starke Metrorrhagieen; seit 3 Jahren verheiratet, keine

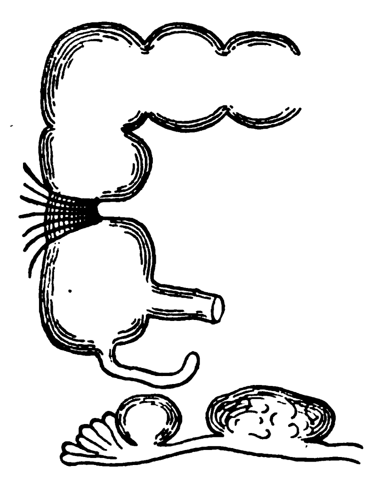


Fig. 27.

Kinder; am 18. Sept. 1902 sehr starke kolikartige Schmerzen, rechts im Abdomen;

ausgesprochene Resistenz in der Lumbalgegend; 40°, Zeichen von Darmocclusion. Zur Zeit der Regeln immer starke Schmerzen im Leibe.



Fovm. 28.

Diagnose: Narbige Pericolitis und Perioophoritis.

Operation am 5. Mai 1903. Das Colon ascendens stark adhærent; ein geschrumpfter Strang verengert das Darmlumen. Fig. 27. Proc. vermiform. frei, ohne Adhærenzen.

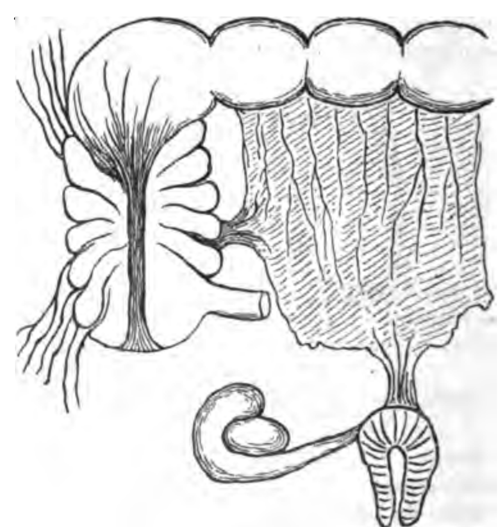


Fig. 29.

Exstirpation des letztern; Durchtrennung des Stranges und Befreiung des Colon; Ovarium von Adhærenzen befreit. Tube zeigt eine haselnussgrosse seröse Cyste: Exstirpation der beiden Organe. Nur noch Schmerzen zur Zeit der Regel.

Hier handelt es sich um eine Beobachtung, die dartut, wie der erkrankte Proc. vermif., nachdem er zu Verwachsungen etc. Anlass gegeben, ausheilen kann.

5. *Fall.* 45 Jahre alt; von Mitte März 1902 bis Anfang Juni Appendicitis, ohne Fieber und Erbrechen. 8 Wochen Bettruhe; der chronische Verlauf und die immerwährenden Schmerzen lassen den behandelnden Arzt an eine Darmstenose in Folge von Tuberkulose oder Actinomycose denken.

Diagnose: Pericolitis nach Appendicitis.

Operation am 22. Sept. 1902. Der Proc. vermif. etwas hyperæmisch, abgeknickt, am Cœcum leicht adhærent, aber ohne Zeichen frischer Entzündung; das Colon ascendens durch schief verlaufende, nicht narbige Stränge fixiert. Von der Mitte des Colon ascendens geht ein Strang zum Colon transversum. Excision. Fig. 28. Nach einer längern Convalescens fühlt sich Pat. im Januar 1903 recht gut.

Hier, wie im Falle 1 und 3, hat man an Tuberkulose, an Actinomycose oder an einen malignen Tumor denken können.

6. *Fall.* 25-jähriges Frl.; mit 20 Jahren ein peritiphlytischer Anfall, ein Jahr später abermals; immer Schmerzen, besonders zur Zeit der Regeln; keine Constipation; Schmerzhaftigkeit in der Fossa iliaca dextra; Appendix von Fingergrösse.

Operation am 8. Febr. 1900. Sternförmige Incision nach *Roux.* Proc. vermiform. excidiert; erst am 5. Tage post operationem Stuhl.

Am 19. Mai 1902 fällt Pat. auf den Rücken, es bildet sich in einigen Stunden in der rechten Seite eine Resistenz; Harn enthält Blut. Von da ab Schmerzen in der Lumbalgegend, von der Blasengegend ausgehend. Häufiger Catheterismus: Cystitis und Pyelitis. Temperatur variiert von 38—40°, selbst einmal 44°.5 im Rectum. Häufiges Erbrechen während dieser Periode. Wanderniere; am 11. Febr. 1903 *Nephropexie.* Keine Wendung zum Bessern.

Diagnose: Perioophoritis und Pericolitis.

Operation am 20. Mai 1903. Das Colon ascendens sehr stark der seitlichen Bauchwand adhærent. Die vordere Tænia longitudinalis retrahiert und proeminent, so dass das Colon in querer Richtung gefaltet ist. Das Epiploon ist an mehreren Stellen am Dickdarm adhærent und ebenfalls am Fundus uteri. Rechte Tube und entsprechendes Ovarium sind unter sich adhærent; das Tubenende bildet eine kleine Cyste; die beiden Organe zusammen sind an der Wand des kleinen Beckens fixiert. (Fig. 29.)

Die Tænia longitudinalis wird exstirpiert und das Peritoneum mit Längsnaht darüber vereinigt. Die Stränge werden durchschnitten, die rechte Tube mit Ovarium entfernt und das Abdomen geschlossen. Heilung.

Die im Jahre 1900 gemachte Operation hatte keine Wendung zum Bessern herbeizubringen vermocht; die Revision des Colon wurde damals noch nicht systematisch unternommen. Der Mechanismus der Funktionsstörungen des Dickdarms erklärt sich aus der Fixation des letztern durch die beschriebenen Stränge.

7. *Fall.* Frl. X., 27 Jahre alt; mit 17/18 Jahren blutiger Auswurf; mit 25 Jahren starker Durchfall und Erbrechen; 3 Wochen später Schmerzen im Leibe und Aufgetriebensein, Erbrechen; mit 26 Jahren (1900) einige leichtere ähnliche Anfälle; im Februar 1901 und im Oktober 1902 weitere Anfälle.

Status: Ausgesprochene Sensibilität in der Gegend des Colon ascendens; man fühlt eine wurstartige Resistenz.

Diagnose: Post-appendiculäre Pericolitis.

Operation: am 10. Dez. 1902. Sternförmige Incision nach *Roux*; das Colon ascendens ist mit seiner äusseren, seitlichen Fläche an die Bauchwand vermittelst bandförmiger Adhærenzen fixiert. Fig. 30. Der Proc. vermiformis wird entfernt; die Schleimhaut der mittleren Partien ist injiciert, das Ende ist obliteriert. Heilung.

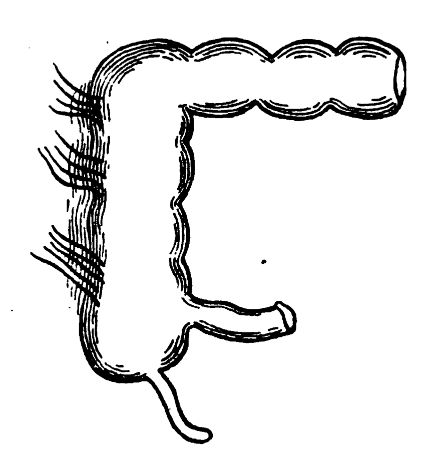


Fig. 30.

Hier wurde von mehreren Aerzten eine Spondylitis diagnosticiert; jedoch leitete die Coïncidenz der Rückenschmerzen und die Empfindlichkeit der abdominalen Resistenz zur richtigen Erkenntnis der Sachlage.

8. Fall. Frl. X., 31 Jahre; schon mit 7 Jahren Anfälle von Schmerzen im Leibe; zwischen dem 14. und 15. Lebensjahre Typhus mit starken Schmerzen rechts im Abdomen; von da ab nie mehr ganz gesund. Im 17. Lebensjahre starke Diarrhoe und Magenschmerzen.

Vom 19.—21. Lebensjahre fortwährend Rückenschmerzen; dann hartnäckige Diarrhœn. Im 27. Lebensalter abermals Diarrhœ; ein Spezialist in London diagnosticiert eine Perityphlitis und eine Ovarialerkrankung; Gehen ist beinahe unmöglich. In diesem Zustande kommt Pat. in Behandlung eines Chirurgen, der aber am Proc. vermif. nichts Abnormes findet; linkes Ovarium erkrankt, wird exstirpiert und das rechte wegen einer Cyste resceiert. Post operationem stellten sich die Diarrhoen abermals ein und dauerten bis zum Herbst 1902.

Status vom 10. Sept. 1903 (Prof. Tavel*).* Ausgesprochene Empfindlichkeit der rechten Fossa iliaca im Verlaufe des Colon ascendens; keine deutliche Resistenz.

Diagnose: Pericolitis nach Typhus.

Operation: 17. Sept. 1903. Proc. vermif. kurz, ohne Adhærenzen. Am Cœcum eine breite Adhærenz, die sich auf der Tænia longitudinalis inseriert und an die vordere Bauchwand anheftet.

Das Colon ascendens ist an die seitliche Abdominalwand fixiert.

Solide Stränge, die ebenfalls von der Tænia longitudinalis ihren Ausgang nehmen, legen das Colon ascendens in Falten. Fig. 31. Der Proc. vermif. wird amputiert und

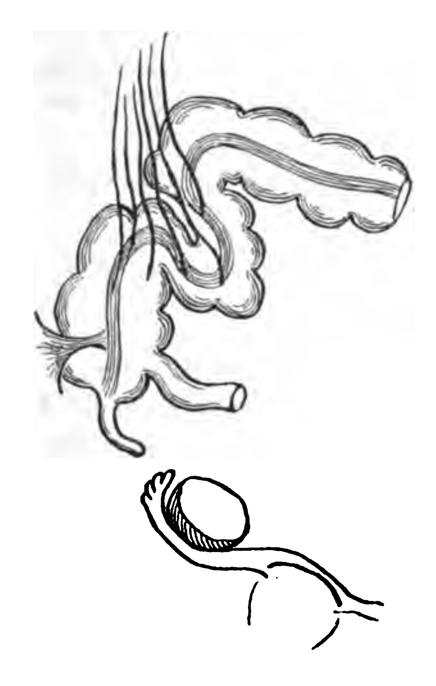


Fig. 31.

sämtliche Stränge excidiert, eine rechtsseitige Ovarialcyste enucleiert. Heilung.

Hier sieht man im Gegensatz zu den vorhergehenden Fällen die Diarrhoe vorherrschen; doch findet man, wie dort, die Rückenschmerzen, den gebückten Gang und die Schmerzanfälle in der rechten Seite.

Tavel macht nun, gestützt auf seine Beobachtungen, den Versuch, ein *klinisches Bild der Pericolitis* zu entwerfen:

Aetiologie: Perityphlitis, Typhus, Salpingitis.

Anatomie: Die so häufigen Adhærenzen des Colon mit der seitlichen Bauchwand verwandeln sich in narbige Stränge und stenosieren event. den betreffenden Darmabschnitt. (Siehe obige Darmabbildungen.)

Symptome: Lokaler Schmerz; auch nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen, Darmparese; Darmplätschern, Constipation, Diarrhoe; lokale

Ansammlung von Darminhalt, Erbrechen, Fieber. Eventuelle Komplikationen: Pericholecystitis, Perioophoritis.

Differential-Diagnose: Tuberkulose; Geschwülste des Colon ascendens (Cystitis, Hysterie, Spondylitis).

Therapie: Massage; Tinctura valeriana in hohen Dosen. Atropin gegen die Darmparese. Chirurgische Intervention: Mit Vorliebe Eröffnung des Abdomens in der Linea alba und feuchte Asepsis (TAVEL: Revue de Chirurgie en 1902).

Bei einer Appendixoperation soll stets das Colon inspiciert werden.*

Prof. Dr. TAVEL, Bern:

Zur Technik der radikalen Operation der Nabelbrüche.

Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 8, pag. 537, 1904.)

Nach einleitenden Worten bespricht TAVEL die *Anatomie der Nabelbrüche*, dann gibt er einen *geschichtlichen Ueberblick* der Frage und eine *kritische Besprechung der operativen Verfahren.*

Tavel's radikale Operation der Nabelbrüche selbst setzt sich aus folgenden Akten zusammen:

1. *Leicht gebogene Incision der Haut* auf der grössten Wölbung des Bruches (Fig. 32).

Befindet sich der Nabel unterhalb des Bruches, was gewöhnlich der Fall ist, so sieht die Convexität der Incision nach dem Schwertfortsatz.

* *Anmerkung. Dr. Th. Landau* sagt zum Schlusse seiner neuesten Publikation: « *Wurmfortsatz und Frauenleiden* » (dieser Jahrgang: Ausländische Literatur) Folgendes, was für den Gynækologen von Interesse sein dürfte: « Es ist heutzutage modern, ja vielleicht bald nicht mehr modern, immerfort über Appendicitis zu sprechen. Ich glaube, dass es bald Zeit wird, sich mit einem anderen Abschnitt des Darmes zu beschäftigen, der auch mancherlei wichtige Krankheitsprozesse und Produkte erzeugt und doch bis heute im Ganzen ungekannt und unterschätzt das medizinische Interesse noch nicht genügend hervorgerufen hat, ich meine die *Sigmoiditis.* Viele Affektionen gynækologischer Natur treten sehr oft gerade zu diesem Teile des Darmtraktus in Beziehungen, so dass man meines Erachtens über « *Sigmoiditis und deren Beziehungen zur Gynækologie* » eben so viel sagen kann, wie über das Thema: « Wurmfortsatzentzündungen und Frauenleiden ».

n entgegengesetzten Falle nach den Schamfugen. Bei erwachsenen Per-)nen und wenn die Haut infolge chronischer Entzündung adhærent ist, ıacht man die elliptische Incision nach *Kocher.*

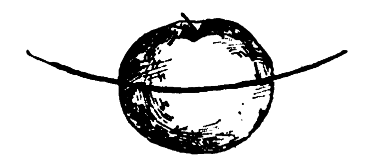


Fig. 32.

2. *Befreiung des Bruchsackes von der Haut.* Man beginnt damit oben, əht dann auf die seitlichen Partien über und greift zuletzt die Nabel- əgend an; ist einmal die Lostrennung des Sackes unmöglich, so wird əssen Kuppe reseciert und der eröffnete Sack vorderhand mit einem :hieber geschlossen.

3. *Reposition des Bruchsackinhaltes.* Gelingt es nicht, durch Zusam- ıendrehung des proeminentesten Punktes des Bruchsackes den Bruch- ıhalt zu reponieren, dann wird das Peritoneum eröffnet und müssen lfällige Adhærenzen zerstört werden; hierauf fasst man die grösste 7ölbung des Sackes in einen Schieber und umschneidet den fibrösen ruchring (Fig. 33).

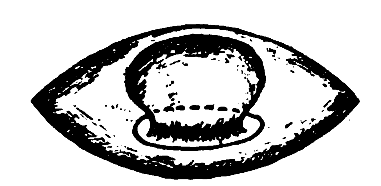


Fig. 33.

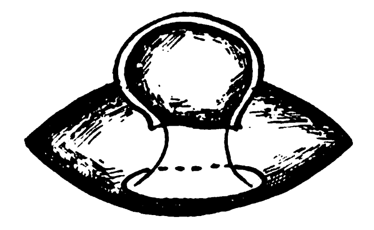


Fig. 34.

Ist dies geschehen, dann bildet der fibröse Sack auf dem peritonealen ıck gleichsam eine Haube (Fig. 34).

4. Man vergewissert sich, dass der Bruchsack keinen Bauchinhalt mehr ı sich schliesst und beginnt dann erstern zu drehen (Fig. 35).

5. Während der so gedrehte Sack durch den Assistenten in seiner əuen Lage gehalten wird, wird dessen Base mit Seide ligiert (mit oder ıne Transfixion) und oberhalb der Ligatur abgeschnitten.

6. *Die Schliessung der Wunde* erfolgt bei obwaltenden Verhältnissen stets in transversaler Richtung (Fig. 36). Hierauf wird die Schliessung der Hautwunde vorgenommen.

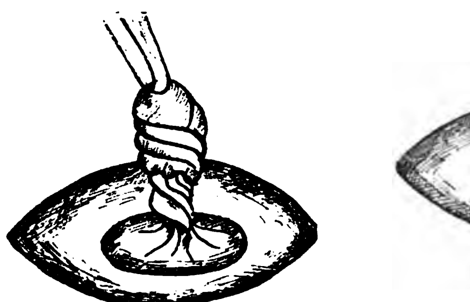


Fig. 35.

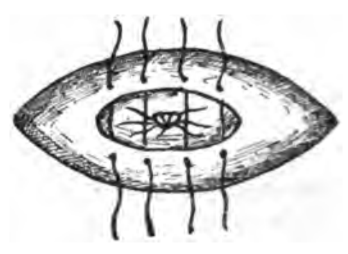


Fig. 36.

7. Gegen die Wunde lege man einen kleinen Gazetampon.

Tavel hat 8 Nabelbrüche von Kindern und einer beim Erwachsenen nach der *Kocher'schen Methode* operiert, sowie 10 Nabelbrüche von Kindern und 3 von Erwachsenen nach seinem Verfahren. Nie wurde eine Nekrose der Haut, nie ein Recidiv beobachtet; immer prima reunio.

Prof. Stoos, an dessen pædiatischer Klinik Prof. *Tavel* wirkt, ist der Ansicht, dass, wenn das Tragen einer Binde während einiger Monate nicht eine Verkleinerung des Nabelbruches herbeiführt, die Operation indiciert sei.

Dr. J. WALLART, Basel:

Ueber die Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft.*

Aus der pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität in Basel:
Prof. Dr. E. KAUFMANN,
und aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. HERFF.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LIII, Heft 1, 1904.)

Das Zusammentreffen von Eierstocksveränderungen und Blasenmole resp. chorioepithelialen Tumoren scheint kein zufälliges zu sein. Diese Beziehung aufzuklären, schien die BORN-FRÆNKEL'*sche Theorie* berufen zu sein, nach welcher das Corpus luteum eine Drüse mit innerer Sekretion ist, die nach der Befruchtung derart in Aktion tritt, dass sie diejenigen Stoffe ins Blut abgibt, die den Uterus und speziell die Mucosa für die Einbettung des befruchteten Eies vorbereiten sollen. FRÆNKEL selbst nimmt an, durch die grossen Kysten werde das Corpus luteum geschädigt und könne der Entwicklung des Eies nicht mehr vorstehen und dieses beginne zu degenerieren.

L. PICK und JAFFÉ meinen, dass die Ueberproduktion von Luteingewebe ein Uebermass von chorioepithelialer Tätigkeit im Uterus (oder der Tube) zur Folge habe, wie sie als grundlegend für die Blasenmolenbildung angesehen wird.

Bei diesem Widerstreit der Meinungen kann es nur wünschenswert erscheinen, sämtliche Fälle von Blasenmole genau zu untersuchen und die erhobenen Befunde mitzuteilen.

* Siehe in der « *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie* », Bd. XXI, Heft 4 und 5, 1905. Das Sammelreferat von *Dr. E. Ihm:* « Die Bedeutung des Corpus luteum ».

In der *Basler Frauenklinik* gelangte ein Fall von bösartigem metastasierendem Tumor des Uterus nach Blasenmole zur Beobachtung, der von WALLART aufs Genaueste untersucht worden war (nebst Ovarien) und ihn zu folgendem Schlusssatze führte:

« *Wir finden in einem Falle von nach Blasenmole entstandenem malignen Tumor des Uterus in beiden Ovarien die Theca interna der meisten Follikel in epitheloides Gewebe, das sich als Luteingewebe erweist, umgewandelt, die Follikel selbst oft mehr oder weniger cystisch erweitert. Wir haben somit eine Massenproduktion von Luteingewebe in oft sehr unregelmässiger Anordnung und Gruppierung.* »

Behufs exakter Forschung hat es WALLART für nötig erachtet, den Befunden an den Ovarien bei pathologischer, solche bei normaler Gravidität gegenüberzustellen:

« *In der Gravidität findet eine Umwandlung der Theca interna vieler Follikel in ein epitheloides Gewebe statt, das dem Luteingewebe der wahren gelben Körper, was Form und Beschaffenheit der Elemente anbelangt, äusserst ähnlich sieht. Diese Follikel können sich zu Cysten (von Linsen- bis zu Haselnussgrösse) erweitern oder zu soliden Massen epitheloiden Gewebes umbilden. Wir haben also schlechthin eine Massenproduktion von « Luteingewebe » während der Schwangerschaft.*

Wir können also leicht einen Vergleich ziehen und kommen dabei zu dem interessanten Resultate, dass sowohl bei normaler als auch bei Blasenmolenschwangerschaft in den Ovarien die gleichen Veränderungen vorkommen, nämlich eine Massenproduktion von Luteingewebe und Bildung grösserer oder kleinerer Cysten, deren Wand zum Teil aus eben diesem Luteingewebe besteht. »

Das Literatur-Verzeichnis führt 30 einschlagende Arbeiten an; auf 3 Tafeln sind 8 kolorierte mikroskopische Abbildungen beigegeben.

Prof. Dr. M. WALTHARD, Bern:

Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LI, Heft 3, 1904).

WALTHARD skizziert vorerst den heutigen Stand unserer Kenntnisse der Streptokokkeninvasion in's lebende Gewebe, sowie die Abwehrvor-

richtungen des Körpers, um an Hand derselben zu zeigen, in welcher Weise das uns heute zur Verfügung stehende Antistreptokokkenserum den Organismus zu schützen vermag.

Streptokokkenstämme, welche sich morphologisch und was ihre Biologie auf den künstlichen Nährböden anbelangt, durchaus gleich verhalten, wie die virulentesten Individuen einer menschlichen Streptokokkensepsis, können ihre Virulenz für lebendes menschliches Gewebe vollständig verlieren. — Anders verhält es sich mit der Produktion der Toxine dieser virulenzlosen Stämme. Dieselbe ist, wenn auch vielleicht vermindert, so doch keineswegs aufgehoben. Mit der Entfernung des Uterusinhaltes verschwindet zugleich die Möglichkeit einer weiteren Toxinbildung*; in anderen Fällen sehen wir die bekannten Fälle des Streptokokkenpuerperalfiebers mit Einwanderung der Streptokokken in das lebende Gewebe. Alle diese verschiedenen Zustände sind abhängig von der Summe der bactericiden Schutzkörper des Organismus und der Anpassungsfähigkeit der Streptokokken an diese.

Den heutigen Stand unserer Kenntnisse von den Vorgängen bei den Streptomycosen des lebenden Organismus fasst Walthard folgendermassen zusammen:

« Bei Infektion mit grossen Dosen virulenter Streptokokken sucht sich der Organismus (in gleicher Weise wie bei Infektion mit kleinen Dosen) durch seine antibacteriellen Schutzkörper (bactericide Wirkung des Serums und Phagocytose) der eingeführten Streptokokken zu entledigen. Die Streptokokken andererseits suchen sich durch Anpassung an diese Kräfte zu erhalten und zu vermehren, was in Form einer Kapsel sichtbar wird. Infolge der Abtötung der Streptokokken durch die bactericiden Körperkräfte werden deren toxische Proteine frei und vergiften den Organismus im Verein mit den Toxalbuminen und Toxinen, welcher demnach nicht nur durch Einwanderung der Streptokokken in die Blutbahn d. h. durch Bacteriämie, sondern auch durch Toxinämie bedroht wird.

Die Aufgabe einer Serotherapie der Streptomycosen zerfällt demnach in eine Prophylaxe des Bacteriämietodes und eine Prophylaxe des Toxinämietodes.

Aus experimentellen Untersuchungen verschiedener Forscher geht hervor, *dass die nachgewiesene Wirkung des Antistreptokokkenserums im*

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 66: *Dr. M. Walthard:* « Die bacteriotoxische Endometritis ».

Sinne einer Stimulierung der antibacteriellen Schutzkörper ihre Schutzwirkung am vollständigsten und für den Organismus am vorteilhaftesten IM BEGINN *einer Infektion ausübt.*

Dass die Auffassung vom Toxinämietod auch für die Pathologie des Puerperalfiebers beim Menschen seine Geltung hat, zeigt eine persönliche Beobachtung. Aus derselben ist ersichtlich, dass das puerperale Exsudat der Bauchhöhle an Masse die gewöhnliche Exsudatmenge bei einer an Peritonitis puerperalis verstorbenen Wöchnerin um ein Vielfaches übertraf und das trotzdem post mortem das Herzblut im rechten Ventrikel steril gefunden wurde.

WALTHARD stellt in *Tabelle I* 7 Fälle von « *Streptomycosen des puerperalen Uterus mit Antistreptokokkenserum behandelt* » zusammen, die dartun, dass wir nach länger dauernder Infektion weder einen Einfluss im Sinne der Herabsetzung von Puls und Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens erwarten dürfen, dass im Gegenteil durch das vermehrte Zugrundegehen von Streptokokken und durch die akute Vergrösserung des Exsudates alle Krankheitserscheinungen nur um so heftiger zur Beobachtung gelangen.

Es ist selbstverständlich, dass der Gebrauch des Antistreptokokkenserums nur bei Puerperalfieber bedingt durch Streptokokken in Frage kommt (*In Tabelle II* betitelt: « Fieber im Wochenbett bei bakterienhaltigem (Streptokokken ausgeschlossen) Uterus, ohne Belag des Orificium ext. uteri » führt *Walthard* 3 Fälle an mit folgendem Bakterienbefund: 1. Pyocyaneus; 2. Staphylococcus albus; 3. Staphylococcus albus und Proteus.)

Aber auch nicht einmal in allen Fällen von Streptokokkenpuerperalfieber besteht eine Indikation zum Gebrauch des Antistreptokokkenserums, denn wir wissen, dass Streptokokken mit ausschliesslich saprophytischem Charakter, auch wenn dieselben Gelegenheit finden, sich im Uterus zu vermehren und das Bild der Sepsis durch reine Toxinämie hervorzurufen, trotzdem nicht in's lebende Gewebe eindringen.

Da wir wissen, dass das zur Zeit im Handel befindliche Serum *fast keine antitoxische Wirkung besitzt*, sondern lediglich die Entwicklung der Streptokokken im lebenden Gewebe verhindert, so liegt auch kein Grund vor, dieses Serum in Fällen anzuwenden, in welchen die Streptokokken überhaupt nicht in's lebende Gewebe eindringen.

Solche Streptomykosen des Uterus, bedingt durch Streptokokken mit saprophytischem Charakter, bedürfen keiner anderen Behandlung als

die Endrometritiden, bedingt durch echte Saprophyten, d. h. eine gründliche Entfernung und Befreiung des Cavum uteri seines toten Inhaltes. (*Tabelle III.* 3 Fälle von Streptomykosen der Uterushöhle ohne Belag des Orificium uteri externum).

Einzig die Tatsache, dass der saprophytische Streptokokke mit Entzug des Nährbodens in seiner Entwicklung gehemmt wird und infolgedessen die klinischen Symptome rasch verschwinden, was bei Infektion mit virulenten Streptokokken nicht der Fall ist, und ferner, dass der virulente Streptokokke auf Wunden einen Belag bildet, was die saprophytischen Streptokokken nicht tun, erlaubt uns die Diagnose zwischen Puerperalfieber, bedingt durch saprophytische Streptokokken und Puerperalfieber mit virulenten Streptokokken im Beginn zu unterscheiden.

WALTHARD *möchte demnach den Gebrauch des Antistreptokokkenserums in erster Linie in denjenigen Fällen empfehlen, in welchen kurz nach Beginn des Fiebers nach gründlicher Entleerung des Uterus die Temperatur nicht sinkt oder der Cervicalkanal und die Scheidenwunden schon einen Belag zeigen.*

Die beste Wirkung zeigt das Antistreptokokkenserum im Tierexperiment, wenn das Versuchstier vor der Infektion mit einem Multiplum der tötlichen Streptokokkendosis durch Antistreptokokkenserum prophylaktisch immunisiert wird. *In gleichem Sinne möchte Walthard den Gebrauch des Antistreptokokkenserums empfehlen bei der Ausräumung von inficierten Placentarresten und am Ende der Geburt bei Fieber sub partu.*

Zur Verwendung kam stets *das Tavel'sche Antistreptokokkenserum* und zwar deshalb, weil das Serum durch Immunisation der Pferde mit Streptokokkenstämmen verschiedenster Provenienz und ohne vorherige Tierpassage derselben gewonnen wird.

Doc. Dr. H. WILDBOLZ, Bern:

Ueber funktionelle Nierendiagnostik.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 13, pag. 425. 1904).

Verfasser bespricht zuerst kurz und klar die von KORANYI in die Praxis eingeführten Methoden der Blut- und Harnuntersuchung zur Bestimmung der Arbeitsleistung der Nieren.

Während die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ein Urteil über die

Gesamtleistung der Nieren erlaubt und uns erkennen lässt, ob dieselben in genügender Weise die harnfähigen Substanzen aus dem Blute ausscheiden, gibt der Vergleich der Menge und der molekularen Konzentration der beiden Nierensekrete (Kryoskopie des Urins, mit oder ohne Ureterenkatheterismus) Aufschluss über den Arbeitsanteil einer jeden Niere an der vorher eruierten Totalleistung.

Schon Koranyi selbst lernte Fehlerquellen kennen, durch welche die diagnostische Verwertbarkeit der Blutkryoskopie Einschränkungen erleiden musste (Reduktion der Zufuhr von Stoffwechselprodukten in das Blut infolge von Stoffwechselstörungen: Anæmie, Kachexie, Hydræmie; Störungen der Blutzirkulation infolge grosser Abdominaltumoren etc.).

Weitere Fehlerquellen deckten Israel, Göbell und Stockmann auf, während Kümmell bei mehr als 500 Kranken den Gefrierpunkt des Blutes bestimmte und ihn bei normaler Nierenfunktion stets zwischen — 0.54° und — 0.58° fand. Lag der Gefrierpunkt bei — 0.6° und tiefer, so konnte als Ursache dieses tiefen Standes stets Niereninsufficienz gefunden werden.

Wildbolz war nun in der Lage, bei 30 Kranken den Gefrierpunkt des Blutes zu bestimmen; bei 23 untersuchte er zugleich auch chemisch und physikalisch die getrennt aufgefangenen Urine beider Nieren. Die funktionelle Leistung einer jeden Niere wurde immer aus der Menge und der molekularen Konzentration des von jeder Niere während $^1/_2$-1 Stunde secernierten Urins bestimmt. (Beckmann'scher Apparat.)

Die Trennung des Urins der beiden Nieren suchte Wildbolz stets durch den Ureterenkatheterismus zu erzielen, da sich ihm die intravesikalen Harnseparatoren von Luys etc. als unzuverlässig erwiesen*.

Bei allen Kranken ergab die Bestimmung des Blutgefrierpunktes Resultate, welche mit den Erfahrungen von Koranyi, Casper und Richter, Kümmell u. a. übereinstimmen. Für die Zuverlässigkeit der aus den Ergebnissen der Blutkryoskopie zu ziehenden Schlüsse spricht in den *Wildbolz'schen Beobachtungen* in erster Linie der postoperative Verlauf von 8 Nierenexstirpationen.

Doch nicht nur die Erfahrungen bei den operierten Kranken sprechen für die Verwertbarkeit der Blutkryoskopie in der funktionellen Nierendiagnostik, sondern auch Beobachtungen an Nichtoperierten.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 220: *Dr. Wildbolz:* « Ueber den neuen Harnscheider nach *Luys* ».

Die *Ergebnisse der Wildbolz'schen Harnuntersuchungen* illustrieren andererseits den grossen praktischen Nutzen, den die Kryoskopie der getrennt aufgefangenen Nierenurine zu leisten im Stande ist. Durch die chemische und mikroskopische Untersuchung der Nierenurine kann bloss der anatomische Sitz der Erkrankung bestimmt werden. Durch die Beihilfe der Kryoskopie aber gelingt es ausserdem, über die *Ausdehnung* der Erkrankung, über ihren Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Nieren Aufschluss zu erhalten.

Wildbolz führt zum Schluss ein charakteristisches Beispiel der diagnostischen Bedeutung der Kryoskopie der getrennten Nierenurine an.

Die Kryoskopie des Blutes und die mit dem Ureterenkatheterismus kombinierte Gefrierpunktsbestimmung des Harnes leisteten in allen Wildbolz'schen Beobachtungen, was von ihnen erwartet wurde.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber puerperale Gangræn der Extremitäten.

(Wiener klinische Rundschau, Nr. 516, 1904).

James Y. Simpson * hat schon im Jahre 1854 eine monographische Darstellung der arteriellen Formen puerperaler Extremitätengangræn geliefert; des Weiteren hat Wormser** selbst drei einschlagende Arbeiten veröffentlicht und in der vorliegenden neuen Bearbeitung von über 80 Fällen puerperaler Gangræn, von denen der Löwenanteil (58 Beobachtungen) dem Absterben *unterer* Extremitäten im *Wochenbett* zufällt.

Klinische Besprechung des Krankheitsbildes.

Erste Gruppe: die weitaus wichtigste umfasst diejenigen Fälle, bei welchen der Gliederbrand *im Anschluss an die Geburt* aufgetreten ist;

* *J. Y. Simpson:* « Pathological observations on puerperal arterial obstruction and inflammation. *Simpson's* Selected Obstetrical and Gynecological Works », ed. by *J. Watt* Black, Edinb., 1871, vol. I, S. 523 ff.

** *E. Wormser:* « Ueber spontane Gangræn der Beine im Wochenbette ». *Gyn. Helvet.* I, p. 56;

E. Wormser: « Nochmals zur puerperalen Gangræn der unteren Extremitäten ». *Gyn. Helvet.* II, p. 93;

E. Wormser: « Ein weiterer Fall von puerperaler Gangræn des Fusses ». *Gyn. Helvet.* II, p. 94.

ætiologisch kommt hier wohl ausschliesslich eine *Infektion während oder kurz nach der Geburt in Betracht.* (Thrombophlebitis, Endarteriitis obliterans, Embolie.)

Zweite Gruppe: umfasst die Beobachtungen von *Gangræn im Verlauf der Schwangerschaft.* Hier wird es im einzelnen Falle schwer sein, zu entscheiden, ob es auch ohne das Dazwischentreten der Geburt zum Absterben des Gliedes gekommen wäre.

Dritte Gruppe: wird gebildet durch die Fälle der sogenannten *Raynaud'schen Krankheit.*

Wormser ist geneigt, auch hier nur ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen.

Von den *66 Beobachtungen* der ersten Gruppe, der *puerperalen Gangræn,* betreffen 58 ausschliesslich die untere Extremität. *Die Häufigkeit ihres Vorkommens* ist glücklicherweise eine geringe. Das *Alter* spielt keine Rolle; dasselbe schwankt zwischen 17 und 40 Jahren; ebensowenig lässt sich ein begünstigendes Moment in einer *grösseren Zahl vorangegangener Geburten erkennen.*

Der interessanteste Punkt ist unstreitig die *Pathogenese* des puerperalen Gliederbrandes, die sich als recht mannigfaltig herausgestellt hat:

A. Obliteration im arteriellen System.

I. *Embolie.*

1. Bei Endokarditis.
2. Bei Kugelthrombus des linken Herzens.
3. Bei paradoxer Embolie.

II. *Arteriitis.*

1. Primäre Endarteriitis septica (toxica).
2. Sekundäre Endarteriitis, durch Uebergreifen der Entzündung von der benachbarten Vene her per contiguitatem.

III. *Thrombose.*

1. Primäre Thrombose, von der Art. uterina, resp. ihren Endästen in der Placentarstelle aus, aufsteigend.
2. Sekundäre Thrombose, bei gänzlicher Unterbrechung des Blutstromes im venösen Gebiet.

B. Obliteration im venösen System.

I. *Phlebitis.*

1. Primäre Phlebitis (Thrombophlebitis septica, toxica).
2. Sekundäre Phlebitis.
   a) durch Fortleitung bei Metrophlebitis.
   b) durch Uebergreifen der Entzündung von der benachbarten Arterie her per contiguitatem.

II. *Thrombose.*

1. Primäre Thrombose (z. B. in varikösen Venen beginnend).
2. Sekundäre Thrombose (bei Unterbrechung der Zirkulation der zugehörigen Arterie).

Von den von Wormser gesammelten Fällen lassen sich 40 in das eben gegebene Schema einreihen:

Die Obstruktion betraf 9 mal ausschliesslich die Venen, 18 mal nur die Arterien und 13 mal beide Stromgebiete.

Das *klinische Bild* der puerperalen Gangraen ist verschieden, je nach der Pathogenese; da es sich wohl stets um eine Infektion als ætiologisches Hauptmoment handelt, so werden die Symptome des Kindbettfiebers den Zeichen des Gliederbrandes vorangehen.

In der Regel ist eine *Endometritis puerperalis septica* vorhanden; die Infektion hat sich von da aus, sei es auf dem Lymph- oder Blutwege, weiter ausgebreitet: es kommt zur Metrophlebitis, zur Phlebitis der Schenkelvenen, zu den Erscheinungen der puerperalen Thrombophlebitis oder Phlegmasia alba dolens.

In andern Fällen dringen die infektiösen Keime von der Eintrittspforte aus direkt in die Blutbahn und erzeugen entweder eine Endokarditis, oder aber die septischen Keime (event. Toxine) setzen sich ohne Weiteres an der Intima einer Arterie oder einer Vene fest und führen zur primären Thrombose des ergriffenen Gefässes.

Was die *Symptome* betrifft, so kommen in Betracht *ausserordentlich heftige Schmerzen, Fehlen der Arterienpulsation* unterhalb des Thrombus resp. Embolus; *herabgesetzte Sensibilität; livide Verfärbung, herabgesetzte Temperatur.*

Was den Eintritt einer *trockenen* oder *feuchten Gangraen* bedingt, ist nicht ganz sicher; es scheint darauf anzukommen, wie rasch die *vollkom-*

mene Unterbrechung der Zirkulation eintritt und in welchem Grade die äusseren Verhältnisse das Austrocknen begünstigen.

Sobald die Gangraen ausgebildet ist, hören meistens die vorher oft unerträglichen Schmerzen auf; dagegen wird das Allgemeinbefinden nicht selten bedeutend schlechter (Resorption abgestorbener Gewebsbestandteile).

Was *die Prognose* des puerperalen Gliederbrandes anbetrifft, so richtet sich dieselbe in erster Linie danach, ob rechtzeitig die Amputation ausgeführt werden kann oder nicht.

Von 54 Fällen wurden 24 amputiert, 30 nicht amputiert. Von den Amputierten genasen 18 und starben 6; von den Nichtamputierten starben alle.

Die *Mortalität* ist somit 66,6 %.

Die Prophylaxe fällt zusammen mit der Summe der aseptischen und antiseptischen Massregeln, die wir bei jeder Geburt zu treffen gewohnt sind.

Was die *Therapie* betrifft, so stehen wir der Entwicklung der Symptome machtlos gegenüber: Unterstützung der Zirkulation, Herztonica und Hochlagerung.

Dr. E. Wormser, Basel:

Zur modernen Lehre der Eklampsie.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Basel: Prof. Dr. E. Kaufmann.

(Münchener Mediz. Wochenschrift, Nr. 1, 1904.)

Die modernen Forschungen über Immunität und Serumtherapie sind auch zur Erklärung der Ursache der Eklampsie herangezogen worden. Den Anstoss dazu gaben die Befunde von Schmorl, Veit u. A., welche im Organismus der graviden Frau fœtale Elemente (Syncytium, ganze Zotten) nachweisen konnten.

Bekanntlich wirkt jede Zellart, die künstlich in den tierischen Organismus eingebracht wird, als Gift; sie bildet, ganz allgemein gesprochen, ein « *Cytotoxin* », welches zur Erzeugung eines spezifischen Antikörpers im Blute des behandelten Tieres Veranlassung gibt; dieser Antikörper hat die Eigenschaft, die eingedrungenen Zellen aufzulösen (*Cytolysin*). Nach dem Gesetze der Ueberkompensierung wird mehr Cytolysin gebildet, als zur Auflösung der eingedrungenen Zellen nötig ist; der Ueberschuss an « Cytolysin » findet sich dann frei im Blut.

Die Uebertragung dieser Tatsachen auf die Verhältnisse bei der Gravidität und der Eklampsie bot theoretisch keinerlei Schwierigkeiten; sie zeitigte vorderhand *3 verschiedene Theorien:*

Nach VEIT sind es die im Uebermass in die mütterliche Blutbahn eingeschwemmten Placentarelemente, nach ASCOLI die dagegen gebildeten, durch Ueberkompensierung zu reichlich entwickelten Syncytiolysine und endlich nach WEICHARDT die bei der Syncytiolyse frei gewordenen und nicht neutralisierten « Syncytiotoxine », welche das Krankheitsbild der Eklampsie zu erzeugen im Stande sind.

Wormser geht nun kurz auf weitere einschlägige Untersuchungen von *Liepmann, Weichardt* und *Opitz* ein, um endlich auf seine eigenen Untersuchungen zu sprechen zu kommen. Die von *Wormser* befolgte Technik wird ausführlich besprochen und deren event. Mängel klargelegt.

WORMSER *hat nur negative Resultate erhalten;* eine « cytolytische » Eigenschaft des Serums konnte er nicht erkennen. Damit ist aber bereits ein gefährlicher Stoss gegen all' die Theorien geführt, welche der « Syncytiolyse » eine Rolle bei der Entstehung der Eklampsie beimessen.

Trotzdem WORMSER also keine « Syncytiolyse » mikroskopisch wahrnehmen konnte, wollte er es doch nicht unversucht lassen, die Experimente von WEICHARDT nachzumachen. Die erhaltenen Resultate gestatten kein abschliessendes Urteil, sprechen aber dafür, dass *Weichardt* sehr vom Zufall begünstigt war, wenn er in einem Drittel seiner Fälle auf Tiere stiess, deren « natürliche Schutzvorrichtungen » der Ueberschwemmung mit « Syncytiotoxin » gegenüber versagten.

Weiterhin erstreckten sich WORMSER's Nachprüfungen auf die Experimente von ASCOLI. Im Gegensatz zu letzterem Forscher, der nach seinen Injektionen regelmässig Krämpfe und event. den Tod eintreten sah, hat WORMSER bei 6 Tieren, die genau nach ASCOLI's Vorschrift behandelt wurden, 3 mal gar keine Reaktion auftreten sehen; einmal wurde die Hirnrinde verletzt — das Tier starb —, 2 mal stellten sich kurzdauernde, nicht charakteristische Krämpfe ein, die völliger Genesung wichen. Diese Versuche sprechen nicht zu Gunsten der *Ascoli'*schen Auffassung vom Wesen der Eklampsie.

Zum Schlusse berichtet WORMSER noch über den Ausfall der « Präzipitinreaktion ». LIEPMANN hatte nämlich durch Zusatz von Placentarstückchen zu dem spezifischen Serum eine Trübung, ein Präzipitat erhalten, ebenso bei Zusatz von Fœtal- und Retroplacentarbbutserum.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber die Verwendung der Gummihandschuhe bei der manuellen Placentarlösung nebst Bemerkungen über die Ursachen der Retentio placentæ.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff:

(Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 45, 1904.)

Wormser* hat bereits vor 4 Jahren über eine allerdings nur geringe Zahl von Placentarlösungen mit Gummihandschuh berichtet; es werden nun weitere Beobachtungen der Basler Klinik mitgeteilt:

In der Klinik wurde in den Jahren 1900 bis April 1904 die manuelle Placentarlösung 47 mal ausgeführt, davon 20 mal mit und 27 mal ohne Gummihandschuhe.

Von den 20 « Handschuhfällen » starb einer. Dieser Todesfall ist jedoch in keiner Weise der in Frage stehenden Operation zur Last zu legen; es verbleiben somit 19 Fälle, von welchen 7 Fieber im Wochenbette darboten. (Gesamtmortalität 36,7 %.) Das Fieber war in einem Fall durch eine beginnende Mastitis verursacht (reduzierte Morbidität somit 32,1 %). Nur in einem Falle trat eine schwerere Infektion auf (Endometritis puerperalis streptococcia, Phlegmasia alba dolens duplex, Lungenembolie). Geheilt entlassen. — Von den 19 « Handschuhfällen » haben also 63,3 % ein afebriles Wochenbett durchgemacht.

Setzen wir daneben die *ohne Handschuhe* operierten 27 Fälle. Von diesen endete einer tötlich; Patient kam aber schon schwer septisch ins Krankenhaus. Es bleiben somit zur Beurteilung 26 Fälle übrig, von denen 13 = 50 % im Wochenbett von Fieber gefolgt waren: 9 mal war das Fieber nur 1—3 Tage dauernd; in 2 Fällen blieb die Temperatur mehrere Tage lang hoch, kehrte dann jedoch wieder zur Norm zurück; in den 2 letzten Fällen endlich ist das Fieber sehr wahrscheinlich extragenitalen Ursprungs.

Nach Abzug von 5 Fällen bleibt eine « reduzierte Morbidität » von 38,0 %. Schwerer erkrankt, aber doch ganz geheilt, ist davon 1 Fall = 4,8 %. Die Mortalität ist gleich Null.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 59: *Dr. E. Wormser:* « Ueber den Gebrauch von Handschuhen in der Chirurgie und Geburtshülfe ».

Die Unterschiede sind in den Wochenbettresultaten nicht gerade ausserordentlich frappante.

Allerdings wurden bei den ohne Handschuhe Operierten viel häufiger *subfebrile Stadien,* Temperaturen zwischen 37,6—38 ° konstatiert; nach *Wormser*'s** früheren Untersuchungen entgeht übrigens bei nur zweimal täglich vorgenommener Temperaturmessung ein beträchtlicher Teil gerade der « subfebrilen » Fälle der Bezeichnung « fieberhaft »; würde man 2-stündlich gemessen haben, so wäre das Verhältnis der ohne Handschuhe Operierten zu den « Handschuhfällen » noch weiter zu Ungunsten der Ersteren verschoben worden.

Deutlicher als bei den klinischen Fällen ist der Unterschied in der *Morbidität der poliklinisch ausgeführten Placentarlösungen:* In den Jahren 1900 bis April 1904 wurde diese Operation 25 mal ausgeführt, ohne konsekutiven Todesfall. Von den 25 Fällen wurden mit Handschuh operiert 11, ohne Handschuh 14. Von den *11 Handschuhfällen* machten 9 ein afebriles Wochenbett durch; nur einmal war das Wochenbett durch leichtes Fieber aus genitaler Ursache gestört. Morbidität 9,9 %. Schwerere Erkrankungen fehlen. Unter den *14 ohne Handschuhe operierten Fällen* war 5 mal das Wochenbett fieberhaft, jedoch gefolgt von völliger Heilung. Die Morbidität ist somit 35,7 %; schwerer infisziert waren 2 Frauen = 14,3 %. Mortalität gleich Null.

Vergleichen wir diese Zahlen mit denen der ersten Serie, so ergibt sich Folgendes: Von den poliklinischen Handschuhfällen fieberten aus genitaler Ursache 9,9 %, von den ohne Handschuh operierten 35,7 %; schwerer erkrankten von den Ersteren 0, von den Letzteren 14,3 %.

Es ergibt sich daraus mit Notwendigkeit der Schluss:

« *Dass die mit sterilem Gummihandschuh bekleidete Hand bei der manuellen Placentarlösung weniger oft und zu weniger schweren Infektionen Veranlassung gibt als die Unbekleidete.* »

Wormser kommt im weiteren Verlauf seiner Arbeit auf den Wert der *Ahlfeld*'schen « *Heisswasser-Alkohol-Dssinfektion* » zu sprechen, mit welch' letzterer man eine wirkliche Keimfreiheit der Hände nicht erzielt, eine Tatsache, die zur *dringenden Empfehlung der Gummihandschuhe für die manuelle Placentarlösung in der Tätigkeit des praktischen Arztes* führt; *denn einmal ist eine absolute Desinfektion der Hände eben doch*

** Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 55: *Dr. E. Wormser:* « Wie erfährt man am besten die höchsten Tagestemperaturen im Wochenbett? »

nicht und jedenfalls nicht unter den Verhältnissen der Praxis möglich und zweitens spricht für die Verwendung des Handschuhes, *die Ruhe vor dem eigenen Gewissen und vor Verdächtigungen oder gerichtlichen Klagen.*

Wormser verbreitet sich dann über den *Gebrauch der Gummihandschuhe* und macht einige *Angaben technischer Natur;* zum Schluss bespricht er kurz noch einen Punkt der *Aetiologie der Placentarretention:*

« Eine nicht seltene Ursache der Retention ist ein *falscher Lösungsmechanismus der Placenta.* Dieser beruht darauf, dass die Placenta, die an der einen Kante oder Tubenecke oder auf der Zwischenwand eines Uterus subseptus etc. aufsitzt, weder durch die Kontraktionen des Uterus noch durch einen von aussen einwirkenden Druck von ihrer Unterlage abgelöst werden kann. »

Wormser selbst hat eine ganze Anzahl solcher Fälle beobachtet und teilt zwei charakteristische Beispiele davon mit.

II.

Dissertationen.

Dr. G. ALDER, Schwellbrunn:

Ueber Nabelschnurbrüche*.

Aus dem Kreisspital Oberengadin in Samaden:

Chefarzt Dr. O. BERNHARD.

(Druck von Aschmann & Scheller in Zürich, 1904.)

Die Beobachtung von Nabelhernien, die sich in der Embryonalperiode gebildet haben, ist besonders bei rechtzeitig und lebend geborenen Kindern nicht häufig. Bei dem im Ganzen also seltenen Vorkommen dieser Bruchart dürfte ein von ALDER beobachteter Fall von *Hernia funiculi umbilicæ* interessant sein:

3 Tage alter Knabe, der am Ende einer normalen Schwangerschaft geboren wurde. An der vorderen Bauchwand sitzt ein halbkugelförmiger Tumor, dessen Oberfläche von einer gelblichen Membran von lederartiger Konsistenz überzogen ist. Am Rande setzt sich diese den Tumor bedeckende Hülle, wie in einem Falze gegen die gesunde Bauchhaut ab. Der Umfang an der Basis der Geschwulst beträgt 24 cm., die Höhe 10 cm. Eine vorsichtige Palpation ergibt, dass den Inhalt des Tumors Darmschlingen bilden; ausserdem fühlt der untersuchende Finger in der oberen Hälfte ein resistenteres Organ, das als Leber anzusprechen ist. An der Oberfläche der Geschwulst, etwa im unteren Viertel, inseriert der mumifizierte Nabelstrangrest.

Laparotomie: Incision an der linksseitigen Peripherie des Tumors; die Membran wird in toto stumpf abgelöst und am Falze mit der Scheere abgetragen; die Leber

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 214: *Dr. Walthard:* « Demonstration einer Nabelschnur-Hernie ».

präsentiert sich mit der konvexen Fläche als über mannsfaustgrosser Tumor. Die Reposition der Leber und der massenhaft hervorquellenden kollabierten Dünndarmschlingen macht sehr grosse Schwierigkeiten; vorherige Erweiterung der Bauchwunde in der Mittellinie bis über den Proc. xyphoid. Defekt wird mühsam mit Seidenknopfnähten geschlossen. Chloroform-Narkose. *Exitus* im Collapse.



Fig. 37.

Sektionsbericht. Wundnaht fest verklebt; trüb aussehendes, etwas verdicktes Perit. parietale. Derjenige Teil des Perit. pariet., der in den Bereich der Wundnaht fällt, zeigt ziemlich diffus-eitrigen Belag; derselbe existiert auch auf der konvexen Oberfläche der in der Mitte des Bauches dicht auf der Wunde liegenden sehr kleinen Leber. *Diagnose:* Peritonit. adhæsiva et purulenta circumscripta. Perihepatitis convexit.

Bis zum Jahre 1892 hat Lindfors das einschlägige Material gesammelt: « *Zur Lehre vom Nabelschnurbruch und seiner Behandlung* ». (v. Volkmanns S. Kl. Vort. N. F. Nr. 63; 1893). Alder stellt nun in übersichtlicher Tabellenform die Beobachtungen, 62 an der Zahl, bis zum Jahre 1903 zusammen.

Nach einem kurzen *geschichtlichen Ueberblicke* der Frage der Nabelchnurbrüche kommt ALDER auf die *anatomischen Verhältnisse und auf ie Aetiologie der Omphalocele* zu sprechen; er streift kurz die « *Beziehungen zwischen Nabelschnurbrüchen und Geburtsverlauf* ».



Fig. 38.

Die mit dieser Missbildung behafteten Kinder sterben recht häufig inrauterin ab und zwar um so mehr, als sich oft noch andere Bildungsehler vorfinden. Zu einem wirklichen Geburtshindernis werden sie wohl elten Veranlassung geben. Ganz anders liegen die Dinge bei operativen Geburten; so können z. B. hochgradige Verbiegungen der Wirbelsäule ine Wendung sehr erschweren, ja unmöglich machen.

Die *Prognose der Nabelschnurhernien* war bis in die neueste Zeit hinein ıoch eine recht trostlose. Die *einfachste Behandlungsart* ist der *Deckerband;* ebenso primitiv ist die *Kompressionsmethode.*

Die übrigen Behandlungsmethoden kann man unter den Begriff der *Radikaloperation* bringen; es kämen in Betracht:

1) *Die einfache Ligatur.* Sie konnte nur bei kleineren und reponiblen Brüchen ausgeführt werden.

2) *Die percutane Ligatur nach Breus.* Nach erfolgter Reposition des Bruchinhaltes wird mit einer Klemme der Bruchsackhals im Bereiche der Haut abgeschnürt und hierauf der Bruchsack abgetragen. Unterhalb der Klemme werden dann 3 oder mehr starke Seidenligaturen angelegt.

Diese beiden oben angeführten Verfahren sind so ziemlich verlassen worden.

3) *Die Olshausen'sche extraperitoneale Methode.* Sorgfältige Abpräparierung der amniotischen Hülle, Unterbindung der Nabelgefässe, Anfrischung der Hautränder und, nach Reposition des Bruchinhaltes, Naht der Bauchdecken über dem in der Längsrichtung eingefalteten Peritoneum. (Modifikationen von DOHRN und AHLFELD.)

4) *Die Laparotomie.* Bauchschnitt, Reposition des Bruchinhaltes, Exstirpation des Bruchsackes, Anfrischung der Wundränder und Naht.

Von einschneidender Bedeutung scheint die Frage zu sein, *wann operiert werden soll. Watravens* hat ausgerechnet, dass die ersten 24 Stunden 80 % Heilungen ergeben, nach 48 Stunden aber nur noch 33 %.

Bezüglich der *Narkose* ist zu bemerken, dass Uebereinstimmung nicht besteht. Die einen operieren überhaupt ohne Narkose; wenn eine solche aber angewandt wurde, dann nahm das Chloroform eine Vorzugsstellung ein!

ALDER gibt zum Schlusse eine *casuistische Zusammenstellung* der publizierten Fälle. Er hat in der Litteratur 127 Fälle aufgefunden, wovon 72 per laparotomiam behandelt wurden, mit 20 letal verlaufenen Fällen. (27 % Mortalität.) Todesursache in weitaus den meisten Fällen: Peritonitis.

Die Arbeit führt 52 einschlagende Publikationen an.

Dr. Hermann Bodmer, Zürich:

Zur Casuistik der Uterusrupturen *.

19 Fälle aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik in Zürich aus den Jahren 1888-1902:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Buchdruckerei Juchli & Beck, Zürich 1904.)

Im Jahre 1875 hat Bandl seine Beobachtungen über den Mechanismus der Gebärmutterzerreissungen in einer Monographie niedergelegt und damit eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen.

Der Vorgang der Uterusruptur ist ein rein mechanischer. Bandl und Freund waren der Ansicht, dass zum Zustandekommen einer Zerreissung eine Fixation der Cervix infolge Einklemmung durch den vorangehenden Kindsteil (Kopf) unbedingt notwendig sei; allein heute ist man fast allgemein der von Hofmeier & Olshausen begründeten Ansicht, dass die Bandl-Freund'sche Einklemmung nicht unbedingt notwendig sei, sondern dass die normalen anatomischen Befestigungsapparate der Cervix (Scheide, lig. lata und lig. sacro-uterina) genügen, um eine Ueberdehnung des Uterusmuskels zustande kommen zu lassen.

Das Hindernis, das die Mechanik der Geburt beeinflusst, kann in den *Geburtskräften*, im *Geburtskanal* und im *Geburtsobjekt* liegen. Nach diesen drei Gesichtspunkten wird man die *Aetiologie der Uterusrupturen* in jedem einzelnen Falle zu erforschen haben.

Bodmer gedenkt zuerst der allgemeinen und speziellen mechanischen Faktoren, die Ursache einer zu Uterusruptur führenden Geburtsstörung sein können, dann erwähnt er diejenigen Momente, die ohne besonderes Geburtshindernis einen Uterus ruptieren können, Momente, die meist in angeborenen oder erworbenen Abnormitäten der Gebärmutter selbst liegen** und letztere direkt zu einer Ruptur prädisponieren.

Hierher gehören in erster Linie die zahlreich beschriebenen Fälle von

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 88: *Dr. R. Schnyder:* « Ueber den Mechanismus und die Therapie der Gebärmutter- und Scheidenrisse ».

Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 137: *Dr. E. Oswald:* « Ueber Uterusruptur bei manueller Placentarlösung ».

** Siehe *diesen Jahrgang,* p. 6: *Dr. R. v. Fellenberg:* « Zur Narbendeshiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynækologischen Operationen ».



Ruptur bei Uteri mit Narbenbildung infolge früher überstandener Rupturen und Kaiserschnitte.

Uterusrupturen nach früherer sectio cæsarea finden sich unter dem *Wyder'schen Materiale* keine, obgleich die Zahl der ausgeführten Kaiserschnitte eine recht ansehnliche ist; dagegen finden sich darunter sicherlich solche Fälle, von denen man annehmen darf, dass bei schweren, früheren Geburten nicht nur eine sehr starke Dehnung, sondern ganz direkt mehr oder weniger tiefe Risse im gedehnten unteren Uterussegment (Cervix) zustande kamen. (Typisches Beispiel.)

Unter den andern, durch Missbildung des Uterus bedingten und zu Zerreissung prädisponierenden Momenten spielt die *congenitale Hypoplasie der Gebärmutter* eine grosse Rolle (2 Fälle). Die ætiologische Bedeutung der *Placenta prævia* kommt in einer weiteren Beobachtung zum Ausdruck.

Viele Autoren schuldigen auch eine *anhaltende Dehnung des unteren Uterussegmentes* und daraus resultierende folgeschwere histologische Veränderungen in der Muskulatur an, die während der betreffenden oder einer spätern Geburt verhängnisvoll werden können.

Neben dieser mehr oder weniger lokalen Prädisposition wird auch eine durch *konstitutionelle Krankheiten* begründete Prädisposition angenommen, durch welche der ganze Organismus hochgradig geschwächt werden kann. (Tuberkulose, Lues, Morphinismus.)

Bodmer konstatiert, dass in fast allen seiner Fälle Cervix und unteres Uterussegment den Sitz des Risses bildete oder dass letzterer von hier aus sich gegen den Fundus hinaufzog.

Unter 18 Rupturfällen während der Geburt sind 14 sicher komplet.

Symptome der eingetretenen Ruptur: Die meist nach einer Wehe sich plötzlich einstellende Veränderung der lokalen Verhältnisse (Lage des Kinds, Form des Uterus etc.), der durch den Riss bedingte allgemeine Shock und die intraperitoneale Blutung kombinieren ein allgemein bekanntes Krankheitsbild.

Symptome der drohenden Ruptur: Diese beschreibt v. Franqué sehr anschaulich folgendermassen:

« Prägt sich auf dem Abdomen die ominöse Achterfigur des Uterus mit dem schräg in Nabelhöhe oder noch höher verlaufenden Kontraktionsring in der Mitte, dem oft tetanisch kontrahierten Hohlmuskel darüber, dem auf's äusserste verdünnten, auf Druck schmerzhaften unteren Uterinsegment darunter aus, sieht und fühlt man die lig. rotunda wie

Telegraphendrähte straff gespannt und, wenn sie beide sichtbar sind, mit dem Uteruskörper eine Art Galgenfigur bildend (Freund) unter den Bauchdecken herabziehen, ist Atmung und Puls beschleunigt, die Temperatur erhöht, sind die Schmerzensäusserungen auch in der Wehenpause anhaltend, macht die Kreissende mit ihrem angsterfüllten Gesichtsausdruck und eigentümlich unruhigen Wesen den Eindruck einer Schwerkranken — dann gibt es für den gewissenhaften Geburtshelfer nur eine Indication, nämlich den Geburtskanal möglichst rasch zu entleeren, ohne ihn weiterer Dehnung auszusetzen ».

Die Prognose der Gebärmutterzerreissungen ist zu allen Zeiten als eine sehr schlechte angesehen worden. Die Kinder sind dabei wegen der raschen Placentarlösung so gut wie immer verloren; in der Mehrzahl der Fälle erliegt auch die Mutter einer starken Blutung, einer allgemeinen Sepsis oder endlich der Shockwirkung. Von 17 in Betracht kommenden Frauen der *Zürcher Frauenklinik* sind 10 an der Ruptur gestorben (Mortalität von 58,8 %) und 7 geheilt. Von diesen 10 Todesfällen sind 8 komplete und 2 inkomplete Rupturen; unter den 7 geheilten befinden sich 5 komplete und zwei inkomplete Zerreissungen.

Hinsichtlich der direkten Todesursachen spielen Verblutung und septische Peritonitis die grösste Rolle; 4 mal ist Peritonitis, 5 mal Verblutung und 1 mal Luftembolie als Todesursache angegeben.

Von den 10 Todesfällen sind die beiden mit inkompleten Rupturen an Verblutung gestorben, bei den 8 vollständigen Zerreissungen wird 4 mal Peritonitis und 3 mal Verblutung als Todesursache genannt, 1 mal Luftembolie.

Von einer einheitlichen Therapie dieser Geburtskomplikation kann vorderhand keine Rede sein. Das Hauptgewicht wird man immer auf *die Prophylaxe* der Uterusrupturen legen müssen: richtige Lagerung der Kreissenden, Aufbinden eines eventuellen Hängebauches, frühzeitige klinische Beobachtung bei überstandener Ruptur und wieder eingetretener Schwangerschaft etc.

An der Wyder'schen Klinik gelten folgende Regeln:

Sind *die Symptome drohender Uterusruptur noch nicht ausgesprochen* und ist das Geburtshindernis nicht zu gross, so wird zu möglichst ausgiebiger Anwendung der Bauchpresse angeraten; sind aber einmal *drohende Erscheinungen manifest,* so wird die Frau genau beobachtet, die Aktion der Bauchpresse streng verboten und eventuell auch die Wehentätigkeit (durch Narkotica) ausgeschaltet. Ist es nicht mehr möglich,

fehlerhafte Einstellungen der Frucht zu korrigieren, bestehen gar Zeichen der Dehnung bezw. Ueberdehnung des untern Uterinsegmentes, dann wird man mit besonderer Vorsicht darauf bedacht sein, dem gefährlichen Geburtshindernis durch künstliche Entleerung des Geburtskanals aus dem Wege zu gehen, so rasch und so schonend wie möglich. Diejenige Entbindungsart ist die beste, die am wenigsten Raum im Uterus und Becken beansprucht. Selbstverständlich wird man dafür Sorge tragen, womöglich das kindliche Leben zu erhalten, wird dadurch aber die Gefahr für die Mutter erhöht, so trägt heute kein Geburtshelfer mehr Bedenken, das Kind der entbindenden Operation zu opfern. (Eventuell Sectio cæsarea resp. Symphyseotomie.)

Am häufigsten wird man in den Fall kommen, ein in Schädellage befindliches Kind rasch entwickeln zu müssen. Ist das Kind bereits tot, so kommt wohl als einzige Entbindungsart nur die Perforation in Betracht. Bei lebendem Kind und zangengerechter Einstellung des Kopfes im Beckenausgang, wird, sofern nicht die Verhältnisse allzu drohend sind, stets noch ein Zangenversuch gemacht; führt aber dieser vorsichtige Versuch und *nur* dieser nicht zum Ziel, so wird demselben sofort die Perforation, auch des lebenden Kindes, angeschlossen. Ist der Kopf noch hoch in der Beckenhöhle, oder hat er zum kleinen Teil nur den Beckeneingang passiert, so kann man nach HOFMEIER denselben von aussen in's Becken drücken, daselbst fixieren und dann den Forceps anlegen. Dass dieser *Hofmeier'sche Handgriff,* ausgeführt von einem geübten und vorsichtigen Geburtshelfer, ein lebendes Kind zu Tage fördern kann, hatte BODMER selbst zu beobachten die Gelegenheit. — Bei eingekeilter Querlage, mit oder ohne Vorfall von Gliedern und lebendem Kind wird in der Regel noch ein schonender Wendungsversuch gemacht. Eine schwierige Wendung zu forcieren und zu erzwingen, davor kann nicht oft genug gewarnt werden.

Hinsichtlich der *Therapie der bereits eingetretenen Zerreissung* ist folgendes zu bemerken:

Selbstverständlich wird man sofort dafür zu sorgen haben, dass die Frau rasch und möglichst schonend (meistens vaginal) entbunden wird. Bei inkompleten Rupturen, auch in den seltenen Fällen wo das Kind ganz oder teilweise unter das unverletzte Bauchfell ausgetreten ist, wird die vaginale Entbindung ohne Bedenken vor sich gehen können. Ebenso ist ihre Zweckmässigkeit bei kompleten Rupturen allgemein anerkannt, sofern der vorangehende Kindsteil sich noch im Geburtskanal befindet.

Bei vollständigem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle besteht eine absolute Indikation zur Entfernung des Kindes durch Laparotomie dann, wenn bei der unentbundenen Frau die sectio cæsarea indiciert gewesen wäre, d. h. bei so hochgradiger Verengerung des Beckens, dass ein Durchziehen des kindlichen Körpers durch den Geburtskanal unmöglich wäre. Wyder führt, wenn das ganze Kind oder der grösste Teil desselben durch die Bauchhöhle ausgetreten ist, die Laparotomie aus, zur Entbindung der Frau, zur Blutstillung und zur Bekämpfung einer beginnenden Peritonitis. (2 eigene instruktive Fälle.)

Therapie der Uterusrupturen bei der bereits entbundenen Frau: Die idealste Wundbehandlung ist natürlich möglichst frühzeitige Laparotomie und Naht des Risses. Sehr oft sind aber die Verhältnisse derart, dass die Entfernung des Uterus das zweckmässigste und kürzeste Verfahren ist.

Bodmer stellt dann des Weiteren die Wyder'schen Fälle nach der befolgten Therapie und nach den Erfolgen zusammen: I. Nicht operative Fälle. II. Operative Fälle. Dann wird eine tabellarische Uebersicht der 19 Beobachteten eingefügt; den Schluss bilden endlich: « Auszüge aus den Krankengeschichten ».

Dr. B. Braïlowsky, Lausanne:

Historischer Ueberblick zur Frage der Placenta prævia.

Aperçu historique sur le Placenta Prævia.

(Imprimerie Georges Bridel & Cie., Lausanne, 1904).

Während der Jahre 1621—1761 erklärte man sich die Entstehung der Placenta prævia dadurch, dass man annahm, die Placenta trenne sich vom Fundus uteri ab und falle auf den Halsteil, aber schon 1685 konstatierte Portal in klinischer Hinsicht die Existenz der Placenta prævia und Schacher (1709) und Petit (1722) wiesen sie anatomisch nach.

Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts hatten die Geburtshelfer nur den einen Gedanken, die Gebärende so schnell wie möglich von dieser Anomalie zu befreien; die einzig in Betracht kommende Methode bildete das *Accouchement forcé:* man soll so schnell wie immer möglich die Eihäute eröffnen, die Placenta perforieren und den Fœtus an den Füssen fassen und extrahieren.

Louise Bourgeois (1619), Mauriceau (1668), Portal (1685), Peu (1695), Dionis (1721), Smellie (1751), Deleurye (1770), Astruc (1766) und endlich Levret (1770) praktizieren einer nach dem andern das Accouchement forcé.

Die Methode von Puzos, die in der Ruptur der Eihäute bestand, fand wenig Anhänger.

Die Methode von Cohen fand keinen Eingang.

Die *Tamponade*, vorgeschlagen von Leroux (1776), wird überall ein wenig in Anwendung gebracht, besonders in Frankreich, aber die meisten Anhänger der Braxton-Hicks-Methode verwerfen sie; diese letztere steht ganz besonders in Deutschland, England und der Schweiz in Ansehen; die Tamponade wird in der Folgezeit adoptiert von den Anhängern der Pinard'schen Methode und den Anhängern der Ballons (Barnes, Chassagny, Champetier de Ribes).

Die Methoden von Simpson und von Bunsen haben heutzutage keine Bedeutung mehr.

Viele Geburtshelfer sind nach und nach der Ansicht geworden, dass die Behandlung der Placenta prævia sich nach dem einzelnen Falle zu richten habe und dass bei der Wahl der Zustand der Cervix in Betracht gezogen werden müsse:

Besteht eine geringe Blutung, dann soll man abwarten; besteht eine stärkere Blutung während der Schwangerschaft oder während der Geburt, dann soll man tamponieren, sei es mit Colpeurynter oder Ballon oder indem man Jodoformgaze in den Cervicalkanal einführt; dieses letztere nur so lange, als zwei Finger nicht in die Cervixhöhle eindringen können. Ist der Cervicalkanal genügend dilatiert oder kann man auch nur zwei Finger einführen, so soll die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt werden; man soll sich aber hüten, die Extraktion sofort auszuschliessen, wenn der Halsteil nicht ganz eröffnet oder dilatiert ist.

Liegt bei Placenta prævia lateralis der Kopf vor, so kann die künstliche Ruptur der Eihäute gute Dienste leisten.

Dr. E. Bryois, Genf:

Ein Fall von Schwangerschaft bei Erhaltensein des Hymens und Harnröhren-Dilatation.

Un cas de grossesse avec persistance de l'hymen et dilatation de l'urèthre. Conséquence de Coït urèthro-vésical.

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève: Prof. Dr. A. Jentzer.

(Imprimerie L. Gilbert & Cie, Genève, 1904).

25-jährige Erstgebärende; menstruiert mit 13 Jahren; dann bleiben die Regeln aus und stellen sich langsam, aber progressiv, Schmerzen im Abdomen ein; nach Verlauf eines Jahres wird ärztlicherseits eine kleine Incision gemacht, worauf eine grosse Menge Blut abgegangen sein soll; von diesem Zeitpunkt an treten die Menses regelmässig auf. Verheiratung im März 1900. Die ersten Coitusversuche sind sehr schmerzhaft, aber von keinem Blutabgang begleitet. Am 18. März zum letzten Mal menstruiert. Am 28. Dez. stellen sich einige Wehen ein, die am 30. Dez. an Intensität zunehmen; am 1. Januar 1901 wird ein Arzt zugezogen, da trotz guter Wehen die Geburt nicht genügende Fortschritte macht; dieser konstatiert eine Anomalie der äusseren Geschlechtsteile und verfügt die Ueberführung in die Universitäts-Frauenklinik. (2. Januar Mittags): Erste Schädellage, Kopf beweglich über Becken-Eingang.

Der Scheideneingang ist durch eine Membran verschlossen, die an der proeminentesten Stelle eine kleine Oeffnung aufweist. Die äussere Harnröhrenmündung ist dilatiert und lässt den kleinen Finger passieren. Incision des Hymens; Desinfektion der Vagina und Jodoformgaze-Tamponade. Blasenwaschung mit physiolog. Kochsalzlösung. Vom Moment des operativen Einschreitens bis zum Nachmittag des 2. Januar keine Wehen mehr; selbe setzen am 3. Januar, Abends, wieder ein. Am 4. Januar, 5 Uhr Morgens, Blasensprung; spontane Geburt 6^{30} Morgens. 6^{45} Placenta. Wochenbett normal.

Weitere ähnliche Fälle wurden veröffentlicht von Braun, Zinnstag, Wyder (Isaac) etc.

Die aus dem Studium dieser Fälle erhaltenen *Schlussfolgerungen* lauten:

1. Der Urethral-Coitus repräsentiert eine klinische Seltenheit.

2. Die aus dem Urethral-Coitus resultierende Dilatation führt nicht notwendigerweise zur Incontinentia urinæ und zum Blasenkatarrh.

3. Das Erhaltensein des Hymens bei der Erstgeschwängerten wird ziemlich häufig angetroffen.

4. Das Vorhandensein eines intakten Hymens im Momente der Geburt bildet kein schweres Geburtshindernis, da einerseits spontane Geburten beobachtet worden sind und andererseits die Behebung des Widerstandes eine äusserst einfache ist.

In einem letzten und dritten Kapitel kommt BRYOIS auf die gerichtsärztliche Frage dieser Anomalie zu sprechen.

Eine hübsche lithographische Abbildung ist beigegeben.

Dr. BUNIMOWICZ, Zürich:

Ueber vorzeitige Ablösung der Placenta bei normalem Sitze.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. WYDER.

(Buchdruckerei J. F. Kobold-Lüdi, Zürich, 1904).

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kommt selten vor. In der Zürcher Frauenklinik sind vom Jahre 1888 an bis Juli 1903 unter 12,768 Geburten nur 15 hiehergehörige Fälle beobachtet worden. Unter diesen ereigneten sich 6 bei Primiparen. Man findet in der Literatur der letzten Jahre diese Anomalie ziemlich häufig bei Primiparen; unter 4 von HANS MEYER publizierten Fällen betreffen 2 Primipare.

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kommt hauptsächlich bei den pathologischen Veränderungen der Decidua vor, welche auf Endometritis chronica, auf nephritischen, luetischen und gonorrhoischen Prozessen beruhen. In letzter Zeit wurde von HANS MEYER ein Fall vorzeitiger Ablösung der Placenta ohne Komplikation mit Nephritis beobachtet, der hauptsächlich deshalb von Interesse ist, weil er eine Alkoholikerin betrifft. H. MEYER fand in zwei Fällen Endometritis decidualis; HÄBERLIN beobachtete einen einschlagenden Fall bei Morbus Basedowii; weiter kommen in Betracht starke insterstitielle Bindegewebswucherungen, pathologische Veränderungen in den Fœtalgefässen, Endometritis corporis hæmorrhagica, Eklampsie.

In allen Fällen, wo sich pathologische Veränderungen in der Decidua vorfinden, kann die vorzeitige Ablösung der Placenta ohne jede nachweisbare äussere Veranlassung, oder aber nach einem leichten Trauma eintreten; doch können grob mechanische Insulte, welche die Placentar-

stelle treffen, eine Ablösung der Placenta bewirken, wenn auch keine pathologischen Erscheinungen in der Placenta bestehen; solche Fälle sind aber recht selten.

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kann entstehen durch den Zug einer zu kurzen Nabelschnur und wenn infolge der grossen Derbheit der Eihäute der Blasensprung bis zur Austreibungszeit ausbleibt; endlich tritt die vorzeitige Ablösung bei einer Zwillingsgeburt nach dem Austritt des ersten Kindes ein, wenn die Gebärmutter sich infolge der Verminderung ihres Inhaltes kontrahiert. Derartige Kontraktionen des Uterus führen zur vorzeitigen Ablösung der Placenta auch bei verschleppter Querlage und nach dem Blasensprunge bei starkem Hydramnion.

Was *die Aetiologie der Fälle*, die in der *Zürcher Frauenklinik* beobachtet wurden, anbelangt, so ist die Albuminurie, mit mehr oder weniger ausgesprochenen pathologischen Veränderungen an den Nieren (Nephritis und Schwangerschaftsniere), in 5 mit tötlichem Ausgang verlaufenden Fällen beobachtet worden. Ausser diesen 5 Fällen wurde noch in einem Falle, der mit Genesung endigte, Schwangerschaftsniere konstatiert. In 9 übrigen Fällen wurde nur 2 mal unter der Geburt Eiweiss nachgewiesen; einmal wurde die vorzeitige Ablösung der Nachgeburt durch den Zug der Nabelschnur, welche 2 mal um den Hals und die Schulter geschlungen war, bewirkt. Sechsmal konnte man aus dem klinischen Bilde keine Ursache nachweisen; einer dieser Fälle ist dadurch besonders interessant, dass es sich hier um eine vorzeitige Ablösung der Placenta im fünften Monate der Schwangerschaft handelte, was sehr selten vorkommt; ausserdem waren die Symptome mehr für die Blasenmole charakteristisch (die tatsächlich bestand). Die detailliert wiedergegebenen Krankengeschichten zeigen genügend klar *die Symptome der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Placenta:*

Eine oft ganz gesunde Frau wird in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder unter der Geburt, nach Trauma, Ueberanstrengung, starkem Erbrechen, oft ohne jede äussere Veranlassung, von einer Blutung aus den Genitalien überrascht. Es treten Schmerzen im Leibe, Gefühl von Schwere und Spannung, blasses Aussehen, in vielen Fällen alle Erscheinungen schwerer Anämie ein; kaum fühlbarer, sehr beschleunigter Puls, kalte Extremitäten, Brechreiz, zuweilen unstillbares Erbrechen, Gähnen, Seufzen, Unruhe, Dyspnoë, endlich Benommenheit und Exitus letalis. In einigen Fällen kommt es zur Ausbildung eines schweren Kollaps und

sogar zum Tode, ohne dass dabei eine äussere Blutung auftritt; die ganze Blutmenge sammelt sich zwischen der Uteruswand und der Placenta an und bildet eine buckelige, prall-elastische Vorwölbung, welche man unter günstigen Umständen von aussen palpieren kann.

Bei innerer Blutung kommt *differential-diagnostisch* Uterusruptur und extrauterine Gravidität in Frage.

Bei äusserer Blutung kommt *differential-diagnostisch* besonders Placenta prævia in Betracht; man kann auch an Uterusruptur denken.

Endlich kann, wie ein Fall der Zürcher Klinik zeigt, die Verwechslung der vorzeitigen Ablösung der Placenta in früheren Monaten der Gravidität mit der *Blasenmole* vorkommen.

Die Lösung der Placenta bei vorzeitiger Ablösung entsteht durch Zerreissung der Uteroplacentargefässe in der Trennungsschicht zwischen der Gebärmutter und dem Ei. Bei der rein inneren Blutung befindet sich die Ablösung in den zentralen Partien der Placenta; oder der Bluterguss sammelt sich zwischen Placenta und Eihäuten einerseits und Serotina und Vera andererseits; in solchen Fällen geht meistens die innere Blutung allmählich in eine äussere über.

Die vorzeitige Ablösung der Placenta ist eine von den gefährlichsten *Komplikationen* der Geburt und der letzten Monate der Schwangerschaft. Die *Prognose* für das Kind ist ausserordentlich schlecht und für die Mutter sehr ernst.

Von 15 Fällen aus der Zürcher Klinik kamen drei Kinder lebend zur Welt, zwei davon asphyctisch im ersten Grade. Unter den Gestorbenen befinden sich 4 macerierte Früchte, davon eine mit Zeichen kongenitaler Lues. Von 15 Müttern starben 5, dabei eine unentbunden unter der Geburt und 4 übrige 2—3 Stunden nach der Entbindung.

Behandlung. Ist die Cervix genügend erweitert, so soll man die Geburt, je nach den Vorbedingungen, durch Zange oder Wendung und Extraktion, event. durch Perforation beenden. Wenn der Muttermund noch keine schonende, künstliche Entbindung gestattet und die Blutung keine gefährliche für die Mutter ist, so kann man unter steter, sorgfältigster Beobachtung der Frau, vorläufig warten. Die Tamponade soll man sehr vorsichtig und nur bei stehender Blase anwenden. Den künstlichen Blasensprung soll man erst dann ausführen, wenn die Weite des Muttermundes eine schnelle Entbindung ohne zu schwere Eingriffe gestattet.

Wenn die Blutung für die Mutter bedrohlich und der Muttermund

mangelhaft erweitert ist, so muss man versuchen, ihn künstlich durch Uterusdilatatoren oder durch inrauterine Balloneinführung mit permanentem Zug oder noch besser mit *Bossi*'schem Dilatator zu erweitern. In sehr dringenden Fällen käme Sectio cæsarea, Porrooperation und vaginaler Kaiserschnitt in Frage.

Dr. E. Corobine, Lausanne:

Zur Behandlung der Retroflexio uteri vermittelst der Vaginofixation.

Traitement des rétroflexions utérines par la vagino-fixation.

(Imprimerie G. Bridel & Cie., Lausanne, 1904.)

Die Arbeit zerfällt in 3 Teile:

I. Geschichtlicher Ueberblick, Aetiologie, Symptome, Diagnose, pathologische Anatomie und Prognose der Retroflexio uteri.

II. Beschreibung der verschiedenen Verfahren der Vaginofixation.

III. Resultate dieser Operationen.

In Betracht kommen Operationen, ausgeführt an den Kliniken von *Olshausen*, Berlin; *Fournier*, Amiens; *Küstner*, Breslau; *Bumm*, Basel und *Felding*, Halle.

Die aus dem Studium der einschlägigen Literatur erhaltenen *Schlussfolgerungen* lauten:

I. Die Vaginofixation hat in erster Linie gewöhnlich den grossen Nachteil, dass man im Dunkeln tappt.

II. Der Abschnitt der vordern Vaginalwand, der zur Fixation des Uterus dient, gibt keine genügende Garantie für eine permanente Anteflexion.

III. Die Vaginofixation hat selbst in den Händen von sehr geschickten Gynækologen zu Nebenverletzungen Veranlassung gegeben: Blasen- und Harnleiterverletzungen.

IV. Wie bei der Ventrofixation, so wird auch bei der Vaginofixation eine fehlerhafte Lage der Gebärmutter, die Retroflexion, durch eine andere pathologische Lage, die forcierte Anteflexion, einfach abgelöst.

V. In geburtshülflicher Hinsicht ist zu bemerken, dass die Vaginofixation zu Abortus, zu pathologischen Lagen und fehlerhafter Insertion der Placenta geführt hat.

VI. Wir teilen die Ansicht von Küstner, der sich folgendermassen ausspricht:

« Bei Frauen, die harte Arbeiten zu verrichten haben, soll die mobile Retroflexion durch die Alexander'sche Operation gehoben werden und die adhærente Retroflexion durch die Ventrofixation. »

Anmerkung des Ref. Wenn man heutzutage von Vaginofixation spricht, so verbindet man damit den Namen von *Dührssen*. *Der Dührssen'schen Vaginofixation* kann man aber obige Vorwürfe nicht machen. Der Schreiber dieser Zeilen hat genügend eigene persönliche Erfahrungen über diese Operation, zudem war es ihm vergönnt, Ende des Jahres 1903 während einiger Wochen den Vaginofixationen von Prof. Dührssen beizuwohnen, so dass er im Falle ist, Punkt für Punkt zu widerlegen.

ad I. Dass man bei der *Dührssen*'schen Vaginofixation nicht im Dunkeln herumtappt, das demonstrieren ad oculos die von *Prof. Dührssen* herausgegebenen « Zwanzig photographischen Wandtafeln » (*Gyn. Helvet.* IV, p. 321).

ad II. Die vordere Vaginalwand dient nicht zur Stütze der anteflektierten Gebärmutter, da ja nur eine sero-seröse Fixation erzielt werden soll.

ad III. Nebenverletzungen sind, wenn man die *Dührssen*'sche Technik befolgt, wohl äusserst selten, wenn nicht ganz unmöglich. (Siehe « Die Einschränkung des Bauchschnittes durch die vaginale Laparotomie ». Verlag von S. Karger, Berlin, 1899.)

ad IV. Die Hauptsache ist, dass die Patientin von ihren Beschwerden befreit wird. Jedenfalls ist nach meiner Auffassung eine etwas forcierte Anteflexion einer Retroflexion bei weitem vorzuziehen.

ad V. Wird, wie dies Dührssen will, die Peritonealwunde im vorderen Scheidengewölbe vorsichtig geschlossen, so dass nur eine sero-seröse Adhærenz entsteht, so ist nicht einzusehen, wieso Geburts-Anomalien und Komplikationen auftreten sollten.

Ich habe am 28. X. 1903 im Langenbeck-Haus einer Sitzung der Berliner med. Gesellschaft beigewohnt, in welcher Prof. Dührssen über *Vaginofixation und Geburtsstörungen* sprach; es sei mir gestattet, meine damals gemachten Notizen hier wörtlich wiederzugeben:

« Seit eine sero-seröse Fixation stattfindet, sind keine Geburtsstörungen mehr vorgekommen. Die stattgehabten Aborte haben mit der Vaginofixation nichts zu tun. In einer zweiten Serie von Vaginofixationen ist nur ein einziger Abortus vorgekommen, der auf einer gonorrhoischen Endometritis beruhte.

Es ist ein Irrtum, wenn man heutzutage immer noch Störungen im Geburtsverlauf auf Vaginofixation zurückführt. — In 70 Geburtsfällen wurden keine Störungen beobachtet.

ad VI. Ich habe Frauen vaginofixiert für Retroflexio und Prolapsus, die seither schwere Arbeit ohne Beschwerden vollbringen, während ich nach Alexander-Operation einige Male beobachtet habe, dass die operierten Frauen Mühe hatten, sich aufrecht zu halten.

Ich möchte die Herren Kollegen bitten, in geeigneten Fällen die *Dührssen'sche Vaginofixation* auszuführen. Der oben erwähnte Dührssen'sche Atlas ist für den Anfänger ein vorzüglicher Wegleiter; besser ist es allerdings, Dührssen selbst an der Arbeit gesehen zu haben.

Dr. P. Daiches, Bern:

Endresultate der Radikaloperation von Hernien, speziell der Inguinalhernien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bern:
Prof. Dr. Th. Kocher.
(Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig, 1904.)

Von der grossen Zahl gegenwärtig üblicher Operationsmethoden der Inguinalhernien stehen zwei Kategorien im Vordergrund: Diejenigen mit *Kanalschnitt* nach Bassini bezw. dessen verschiedenen Modifikationen, zweitens die Operationsmethoden *ohne Kanalschnitt* nach Kocher und Andern. Die neueste Modifikation von Kocher's Hernienoperationen — *die Invaginationsverlagerung* — wurde in den letzten Jahren besonders eifrig in der Berner Klinik gepflegt. So hat Daiches 204 freie Hernien zusammengestellt (Sept. 1898 bis Jan. 1900).

Diese betreffen 170 Patienten und sind in 5 Tabellen untergebracht:
Tabelle I Herniæ inguinales externæ (139 Hernien).
Tabelle II Herniæ inguinales internæ (17 Hernien).
Tabelle III Herniæ crurales (28 Hernien).
Tabelle IV Herniæ ventrales (13 Hernien).
Tabelle V Herniæ epigastricæ (7 Hernien).

Es kamen zur Operation 139 Männer mit 168 Hernien und 31 Frauen mit 36 Hernien. Der jüngste Patient war 17 Wochen, der älteste 72 Jahre alt. Die grösste Zahl der operierten Hernien fällt in das Alter von 20 bis 30 Jahren.

Die Technik der Ausführung der Hernienoperationen in der Berner Klinik ist sehr einfach und besteht in folgendem: Dampfasepsis, Bromæthyl-Aethernarkose, Sublimatseide, Handschuhe. Die Nachbehandlung besteht im Anlegen eines einfachen Colloidalverbandes. Es wird kein Drainrohr eingelegt. Die Nähte werden am dritten Tage entfernt. Die Patienten erhalten kein Bruchband.

Bei den 204 Fällen sind nur 2 Infektionen zu verzeichnen (0,98 %). In allen andern Fällen ist tadellose Primaheilung im strengsten Sinne des Wortes vermerkt. 2 Todesfälle (72-jähriger Patient = Potator und Lungenembolie).

Ergebnisse der Berner Chirurg. Klinik.

1. *Leistenhernien:*

a) Kocher's laterale *Verlagerungsmethode* seit 1895—1900.

508 Fälle — 23 Recidive = 4,5 % Recidive = *95,5 % Dauerheilungen.*

b) Invaginationsverlagerung seit 1896—1900.

83 Fälle — 1 Recidiv = 1,2 % Recidive
90 Fälle — 3 Recidive = 3,3 % Recidive

173 Fälle — 4 Recidive = 2,3 % Recidive = *97,3 % Dauerheilungen.*

2. *20 Bauchhernien* mit *100 % Dauerheilungen.*

Dr. H. Friolet, Basel:

Beitrag zum Studium der menschlichen Placentation.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. 9, Heft 1, pag. 1, 1904.)

Trotz der vielfachen Bearbeitung, welche das Gebiet der Anatomie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta erfahren, besteht doch noch eine ganze Reihe von Streitfragen, die vorläufig ihrer Lösung harren. — Es ist daher wünschenswert, dass die Befunde früherer Forscher an tadellosem Material nachgeprüft werden.

Friolet ist nun in der Lage, an Hand eines einwandfreien Materials, das allen Anforderungen, welche die Autoren auf diesem Gebiet postulieren, gerecht wird, einzelne interessante Punkte aus der Placentation des Menschen genau nachzuprüfen und zweifelhafte Befunde früherer Autoren nach positiver oder negativer Seite hin zu bestätigen.

Das Hauptobjekt dieser Publikation bildet ein Ovulum, das von einer Frau herstammt, die von Prof. v. Herff wegen beginnendem Cervixcarcinom hysterektomiert wurde. Da laut Anamnese eine Gravidität angenommen worden war, so wurde der Uterus mit grösster Vorsicht herausgenommen und alsbald in 20 % Sublimatlösung fixiert; der quere Durchmesser des Fruchtkapselraumes, der im Ganzen ein leicht plattgedrücktes Oval darstellte, betrug 16 mm.; die Durchmesser der Keimblase, deren Wandung etwas gefaltet war, taxierte Friolet unter Berücksichtigung der durch Schrumpfung entstandenen Verkleinerung auf 11—12 mm. in der Quere und ca. 9 mm. im Höhendiameter.

Aus diesen Massen ergab sich eine approximative Altersschätzung des Ovulums auf 3—4 Wochen.

Die sehr klar geschriebene Abhandlung ist mit 12 mikroskopischen Abbildungen im Text versehen; die *Schlussfolgerungen* lauten folgendermassen:

1. Die alte SEILER'sche *Umwallungstheorie* zur Erklärung der Eieinbettung und Reflexabildung muss der *Einsenkungstheorie* (BERRY HART, *Graf v.* SPEE, V. HERFF, SIEGENBECK VAN HEUKELOM, PETERS, PFANNENSTIEL u. a.) gegenüber fallen gelassen werden, da die anatomischen Befunde gegen erstere sprechen.

2. *Die Entstehung des intervillösen Raumes* vollzieht sich höchst wahrscheinlich nach dem von HUBRECHT zuerst für den Igel beschriebenen, durch die Befunde an menschlichen Eiern von PETERS, S. VAN HEUKELOME und dem unsrigen gestützten Modus der Bildung einer massiven Trophoblastschale, die erst sekundär in einen von einem Balkenwerk durchsetzten Blutraum verwandelt wird. Aus diesen Trophoblastbalken entstehen durch das Hineinwachsen des fœtalen Mesoblattes von der Keimblasenwand (Somatopleura) die Chorionzotten.

3. Der intervillöse Raum ist gemäss seiner Entstehung aus den Trophoblastlacunen als etwas ganz anderes aufzufassen als früher angenommen wurde. Er hat mit dem Uteruscavum nichts zu tun. Auch hat er sicher von *Anfang an als « Blutsinus » zu funktionieren* und enthält schon von seiner ersten Entstehung an mütterliches Blut.

4. *Das Zottenepithel* besteht in frühen Stadien aus einem *doppelten Zellmantel*, der *Langhans'schen Zellschicht* und dem höchst wahrscheinlich *fœta-ektodermalen Syncytium*, das an seiner Aussenfläche von einem feinen *Bürstenbesatz*, als normalem Attribut, bekleidet ist.

5. Die Frage der *Syncytiogenese* kann man noch als unentschieden betrachten, wiewohl auch nach unseren Untersuchungen alles für die *fœtal-ektodermale Provenienz* spricht, also für die *Entstehung aus dem Trophoblast*. Für die endotheliale Genese konnten wir keine Anhaltspunkte ausfindig machen.

6. Das *fertig ausgebildete Syncytium* zeigt eine sich oft deutlich manifestierende *Unabhängigkeit* von der *Langhans'*schen Zellschicht, indem es sich von derselben *abheben* kann und für sich *allein wuchert*, unter Knospenbildung und amniotischer Kernteilung.

Dr. E. Gebhart, Frauenfeld:

Die Enterostomie in der Prophylaxe und Therapie der Peritonitis.

Aus dem Krankenhause Frauenfeld:

Chefarzt Dr. E. Haffter.

(Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig, 1904.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick und nach einer gedrängten Durchsicht der bis jetzt publizierten Casuistik geht Gebhart auf folgende Frage ein: « Ueber die Allgemeinintoxication vom Darmlumen aus und die Durchwanderung der Bacterien in die Peritonealhöhle. » Dann werden 8 Krankengeschichten von Patienten mitgeteilt, bei denen *Dr. E. Haffter,* wegen beginnender oder drohender Peritonitis mit ausgezeichnetem Erfolg die Enterostomie ausgeführt hatte.

Zusammenfassung:

1. Viele Fälle von Perforationsperitonitis, welche in neuester Zeit ohne Darmnaht behandelt wurden, ferner eine Reihe von Peritonitiden mit anderer Entstehungsweise, bei denen zufällig oder absichtlich der Darm eröffnet wurde, haben einen günstigen Ausgang gehabt.

2. Diese Tatsache findet eine befriedigende Erklärung durch

a) Die Annahme, dass beim Zustandekommen des klinischen Bildes der peritonealen Sepsis in vielen Fällen die Resorption vom Darmlumen aus eine mindestens ebenso grosse Rolle spielt wie die peritoneale Resorption;

b) die experimentell festgestellte Tatsache, dass in gewissen pathologischen Zuständen die Darmwand für Bacterien durchgängig ist.

3. Durch Anlegen einer Darmfistel und Entleerung des Darmes eliminieren wir also eine Quelle der Allgemeinintoxikation und verhindern die Infektion des Peritoneum durch aus dem Darmlumen ausgewanderte Bacterien.

4. Wir ziehen daraus folgende Konsequenzen für die Therapie:

Auf Grund der im *Krankenhause Frauenfeld* gemachten Erfahrungen schlagen wir die Enterostomie, d. h. die Anlegung einer entlastenden, temporären Fistel an irgend einer Stelle des Darmes vor:

a) Als prophylaktische Operation gegen die vom Darmlumen ausgehende Infektion des Peritoneums und allgemeine Sepsis in allen Fällen von paralytischem Ileus und von Darmverschluss mit unbekanntem oder operativ nicht zu entfernendem Hinderniss.

b) als palliative Operation bei Patienten, deren Kräftezustand die zur Auffindung und Hebung eines bestehenden Darmverschlusses notwendige Operation nicht erlaubt, um ihnen die Möglichkeit zu verschaffen sich so weit zu erholen, dass der radikal heilende, schwierigere Eingriff mit Aussicht auf günstigen Erfolg ausgeführt werden kann.

Ferner bekennen wir uns zu folgenden Grundsätzen:

c) Droht nach Perforation eines Darmes eine Peritonitis mit wahrscheinlichem, entzündlichem Ileus, so ist es unter gewissen Umständen zweckmässiger, die Darmwunde zur Bildung einer Fistel in die Bauchwunde einzunähen, als die Darmnaht auszuführen. Geht dies in einem solchen Falle aus irgend einem Grunde nicht und ist die Darmnaht ausgeführt worden, oder ist die Durchbruchstelle überhaupt nicht oder nur durch eine für den Patienten zu schwierige Operation auffindbar, so soll die Enterostomie am Orte der Wahl ausgeführt werden.

d) Ist bei einer eitrigen Peritonitis die Laparotomie gemacht und den durch die Infektion des Peritoneum gegebenen Indikationen Genüge geleistet, *so soll, wenn allgemeine Sepsis droht oder bereits eingesetzt hat, nach Massgabe der vorne angegebenen Umstände entweder eine Darmschlinge in die Laparotomiewunde eingenäht und eröffnet oder die Enterostomie am Orte der Wahl ausgeführt werden, wie dies im Krankenhaus Frauenfeld durch Herrn Dr. E. Haffter vielleicht zum ersten Male zielbewusst gemacht wurde.* Bei einer septischen Peritonitis ohne eitriges Exsudat in der Peritonealhöhle ist die Entleerung des Darmes durch Enterostomie allein das zweckmässige Verfahren.

5. Die durch Enterostomie entstandene Darmfistel schliesst sich bei Beobachtung der angeführten technischen Vorschriften erfahrungsgemäss in den allermeisten Fällen spontan. Unter gewöhnlichen Umständen geschieht dies in längstens etwa 7—8 Wochen nach Eröffnung des Darmes.

6. Die Enterostomie in der beschriebenen Form ist ein ungefährlicher, einfacher, ohne Allgemeinnarkose bei blosser Lokalanästhesie auszuführender Eingriff. Rechtzeitig und richtig gemacht vermag derselbe in Fällen lebensrettend zu wirken, in welchen die bisher geübte Therapie absolut machtlos war.

Das Literaturverzeichnis führt 49 Arbeiten auf.

Dr. H. GORODNIANSKAIA, Lausanne:

Statistische Studien zur Frage der Sectio cæsarea.

Etude statistique sur l'Opération Césarienne.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Das Material folgender Kliniken wurde zu den vorliegenden statistischen Studien verwendet: Frauenklinik Lausanne (RAPIN und ROSSIER), Wien (v. BRAUN), Berlin (OLSHAUSEN), Zürich (WYDER), Strassburg (FREUND), Paris (BAR und PINARD), Halle (FEHLING).

Auf 761 Fälle von Kaiserschnittsoperationen entfallen:

477 auf den konservativen Kaiserschnitt;
268 auf die *Porro*-Operation;
16 auf den Kaiserschnitt an Toten;
8 kombiniert mit Sterilisations-Operationen.

Verlauf für die Mütter.

Von 745 Operierten (konservativer- und Porro-Kaiserschnitt) erlagen 94, Mortalität 12,61 %. Davon entfallen auf den

konservativen Kaiserschnitt 10,27 % (49 Todesfälle auf 477 Operationen) und auf

den *Porro* 16,79 % (45 Todesfälle auf 268 Operationen).

Verlauf für die Kinder.

Von 634 lebend extrahierten Kindern sind 59 verstorben. Mortalität 9,3 %.

Von 16 Operationen post mortem wurden 14 Kinder lebend extrahiert. 3 davon starben post operationem. Mortalität 21,4 %.

Vor 30 Jahren noch war die mütterliche Mortalität 50 %, während selbe jetzt in einigen Kliniken bis auf 8,108 % gefallen ist. Diese grossen Differenzen hängen sowohl mit den Operations-Methoden, als auch mit dem Gesundheitszustand der zu Operierenden zusammen. Es ist nicht absolut notwendig, dass bereits Wehen aufgetreten seien, dagegen muss der Cervicalkanal bereits etwas dilatiert sein, damit die Lochien später abfliessen können; eine intakte Fruchtblase ist wünschenswert, aber keine Conditio sine qua non; ein Hauptfaktor besteht darin, dass die zu Entbindende nicht inficiert sei; man soll den Uterus vor die Bauchdecken wälzen. Die Blutung bekämpfe man durch manuelle Kompression. Man kann den Uterus längs eröffnen oder quer nach FRITSCH, die Blutung wird dadurch kaum irgendwie beeinflusst.

Dr. Jenny HERZMARK, Zürich:

Zur Casuistik der Nebenverletzungen bei Laparotomien.

. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. WYDER.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1904.)

Es können der *Darm*, der *Ureter* und die *Blase* verletzt werden. Bestimmte Verhältnisse im Operationsgebiete können eine Verletzung begünstigen: intraligamentäre Entwicklung der zu exstirpierenden Geschwülste, vorangegangene Para-Perimetritis, peritonitische Reizzustände, die zu Verwachsungen des Tumors mit naheliegenden Organen geführt haben, endlich entzündliche Prozesse, die eine zu feste Einbettung des Ureters verursacht haben.

Neben diesen *allgemein* disponierenden Momenten ergeben sich auch gewisse Verschiedenheiten in den Chancen für gewisse Verletzungen, je nachdem es sich um die abdominale oder die vaginale Operations-Methode handelt.

Ein kurzer Ueberblick über die Geschichte der bei Laparotomien vorgekommenen Verletzungen zeigt, dass die Häufigkeit der letzteren schon mit der zweiten Hälfte der 70er Jahre zunimmt, zu einer Zeit, als die abdominale Methode, dank dem *Lister*'schen Verfahren, in aller Herren Länder sich eben Bahn brach.

Bei 1145 Laparotomien der letzten 15 Jahre (*Wyder*'sche Klinik) fand *Herzmark* 10 Verletzungen angegeben:

1. Fall: Kystoma ovarii dextri. Verletzung: Ein für den Catheter gut durchgängiges Loch der Blasenwand; wird mit zwei Seidennähten geschlossen, die ins Blasenlumen dringen; der genähte Blasenscheitel wird durch Einnähen in die peritoneale Naht (Catgut) extraperitoneal gelagert. Drainage bis zur Peritonealnaht. Es bildet sich in der Folgezeit eine feine Fistelöffnung am Grunde der granulierenden Wunde, aus der fortwährend Urin träufelt. Sekundärnaht. Heilung.

2. Fall: Fibromyom. Supravaginale Amputation des Uterus. Verletzung: Die obere Kuppe des Blasenhalses war bei der Applikation der Seidenknopfnähte (am Stumpf) ein- oder zweimal oberflächlich mitgefasst worden. worauf man jedoch, da der Zustand der Patientin rasche Beendigung der Operation erforderte (enorme Blutung), keine grosse Rücksicht nehmen konnte. Nach Abstossung des oberhalb des Schlauches gelegenen Amputationsstumpfes entdeckt man im Blasengrund eine kirschkerngrosse Perforationsöffnung, entsprechend der Stelle, wo während der Operation Fixationsfäden angelegt wurden. Durch Tiefliegen der Fistel geht nicht aller Harn durch den Dauercatheter, ein Teil fliesst rückläufig zur Wunde heraus und macht

Infiltration. Eine Darmfistel gesellt sich hinzu wegen Vereiterung des ganzen Operationsfeldes. Exitus.

3. Fall. Kystoma ovarii sinistri. Ovariotomie. Verletzung : Eine Dünndarmschlinge wurde in der Ausdehnung von 1 1/2 cm. aufgeschnitten; die Darmmuscularis und die Mucosa wurde mit Catgutknopfnähten vereinigt, darüber sero-seröse Knopfnahtreihe, darüber nochmals eine Seidenknopfreihe, welche oberhalb der Zwischenräume der ersten Seidenknopfnähte zu liegen kommt. Heilung.

4. Fall: Retroflexio uteri mobilis. Perioophoritis duplex. Castration. Verletzung: 2 cm. lange Darmwunde; sofortige Darmnaht. Verlauf von Seiten des Darmes normal. 9 Tage post operationem: Exitus. Keine Peritonitis.

5. Fall: Linksseitige Ovarialcyste. Ovariotomie. Verletzung: Darmriss von 1 1/2 bis 2 cm. Länge. Darmnaht. Heilung.

6. Fall: Doppelseitige Perioophoritis, kleincystische Degeneration der Ovarien. Castration. Verletzung: Quere Darmwunde von ca. 2 1/2 cm. Darmnaht. Exitus an Peritonitis.

7. Fall: Kystoma glandul. ovarii dext. Exstirpation. Verletzung: Quere Durchtrennung des rechten Ureters; oberes Ende nicht zu finden. An einem Gewebsfetzen der exstirpierten Geschwulst hängt ein 5 cm. langes Ureterstück. Nephrectomie. Heilung.

8. Fall: Myomata uteri. Totalexstirpation. Verletzung: 3 cm. langer Blasenriss. Sofortige Blasennaht. Exitus. Der linke Ureter war durch die beiden Nähte der Blase mitgefasst worden. Naht der Blase vereitert. Anatomische Diagnose: Linksseitiger parametraner Abscess nach Totalexstirpation des Uterus und Verletzung der Blase. Doppelt eingenähter linksseitiger Ureter mit Dilatation desselben, sowie des Nierenbeckens. Eitrige Cystitis, Uretritis und Pyelitis. Allgemeine Peritonitis mit frischen Fibrinbelägen und abgesackten Abscessen.

9. Fall: Myomata uteri subserosa. Totalexstirpation. Verletzung: Quere Durchtrennung des rechten Ureters. Ureternaht. Gummidrain nach der Vagina. Mit wenig vergrösserter Niere entlassen.

10. Fall: Myoma uteri. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Verletzung: Ureter (?) Vielleicht hat es sich nur um eine Abknickung des rechten Ureters gehandelt und daraus resultierender Hydronephrose.

Dr. H. Hodel, Unterlangenegg (Kt. Bern):

Beitrag zur Frage der Geburtsprognose nach Prolapsoperationen, Amputation des Cervix und der Vaginalportion.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Buchdruckerei H. Keller, Luzern, 1904.)

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich darum, zu untersuchen, ob die an der geburtshülflich-gynækologischen Klinik in Bern seit 1887 ge-

übte Portio Amputation und Excision, hauptsächlich in Fällen von Elongatio port. vaginal., einen Einfluss ausübe auf spätere folgende Schwangerschaften und Geburten.

Von 1887 bis 1891 wurde an der Berner Klinik vorwiegend die Excision keilförmiger Stücke aus den Muttermundslippen ausgeführt. Von 1891 an kam die totale transversale Amputation zuerst der vorderen, dann der hinteren Muttermundslippen und Bildung eines neüen Muttermundes durch Annähen der Vaginalschleimhaut an den Cervicalwundrand in Anwendung.

Die Methode der Vaginofixation in Verbindung mit einer vorderen Colporrhaphie wurde in der Weise ausgeführt, dass nach Abtragung des Vaginalschleimhautstückes 2-3 Catgutfäden vom Cervix nach dem Uteruskörper zu, aber ohne Fixation des Fundus, durch die Uteruswand geführt und dann über die Fäden der vorderen Colporrhaphie geknüpft wurden.

Neben der grossen Mehrzahl der zusammengestellten Fälle, wo die genannten Operationen wegen Prolaps und Portiohypertrophie ausgeführt wurden, berücksichtigt Hodel auch diejenigen, wo eine Portioamputation wegen chronischer Metritis und wegen Stenose des Muttermundes mit konsekutiver Sterilität gemacht worden war; ebenso wurde in den Bereich der Betrachtungen die Fälle von Vaginofixation und Colporrhaphie ohne Portiooperation gezogen.

Nach einer sehr eingehenden Prüfung des in der Literatur bestehenden casuistischen Materiales, kommt Hodel auf die *Berner Fälle zu* sprechen:

Alle Frauen befanden sich nach den Operationen noch im konzeptionsfähigen Alter, viele jedoch schon an der Schwelle des Klimakteriums.

Hodel verfügt über 184 Fälle, an denen eine oder mehrere der oben genannten Operationen ausgeführt worden waren. Von den 184 befragten Frauen antworteten 135. Davon sind 98 nach der Operation nicht mehr schwanger geworden und 37 haben geboren.

Bei der Prüfung der Schwangerschafts- und Geburtsprognose nach den Prolapsoperationen ist zunächst *die erste Reihe* gesondert zu betrachten, Fälle, bei denen eine *Vaginofixation neben der vorderen und hinteren Colporrhaphie* vorgenommen wurde (keine Portio-Amputation).

Es kommen dabei 18 Frauen in Betracht, mit *21 rechtzeitigen Geburten, 2 Frühgeburten* (beide im achten Monat) und *5 Aborten*. In keinem der *7 Fälle von Frühgeburt und Abort* konnten Anhaltspunkte dafür aufge-

funden werden, dass die vorangegangene Operation irgend ein Verschulden treffe.

Die zweite Reihe umfasst die Fälle, bei denen entweder eine *Portioamputation allein oder in Verbindung mit Vaginofixation, vorderer und hinterer Colporrhaphie* gemacht worden war.

Es kommen hier 19 Fälle in Frage, mit *33 rechtzeitigen Geburten*, *3 Frühgeburten* und *6 Aborten*. Die 3 Frühgeburten können *zum Teil* auf Rechnung der vorhergegangenen Operation gesetzt werden; über die Ursachen der 6 Aborte liess sich Näheres nicht eruieren. Was nun den Geburtsverlauf bei den nach normaler Gravidität eingetretenen Geburten anbetrifft, so war derselbe im allgemeinen ein normaler, günstiger, bisweilen sogar sehr rascher (abgesehen von 2 Geburten ein und desselben Falles, deren ausserordentliche Schwierigkeiten wohl ganz durch die Operation veranlasst waren).

HODEL sagt am Ende seiner Arbeit wörtlich folgendes:

« *Gestützt auf unser Material können wir deshalb allen den Autoren zustimmen, welche eine Trübung von Schwangerschafts- und Geburtsprognose durch eine vorausgegangene Portioamputation nicht auf die Operation als solche beziehen, sondern auf technische Abweichungen und Fehler, welche zur Bildung eines starren, nicht dilatierbaren Muttermundes führen.*

Die Schaffung einer linearen Operationsnarbe, also die Reduktion des starren Narbengewebes auf das mögliche Minimum, lässt die Prognose späterer Geburten durchaus ungetrübt erscheinen. »

Dr. A. HOESLI, Netstal (Kt. Glarus):

Ueber einen Fall von Fibromyoma intraligamentare adenomatosum mit Tuberkulose.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. ERNST.

(Polygraphisches Institut A.-G., Zürich, 1904.)

Die Kenntnis der Tuberkulose von Tumoren, der Kombination von Tuberkulose mit allerhand Tumoren in verschiedenen Organen etc. ist

zur Zeit ein sehr aktuelles Thema. In der Arbeit von C. Naegeli * findet man interessante Gesichtspunkte über die Frage der Kombination von Tuberkulose und Carcinom; des weitern nimmt Ebbinghaus ** in prägnanter Form Stellung gegen die alte Rokitansky'sche Lehre: « Tuberkulose und Carcinom schliessen sich aus. »

Hoesli teilt nun einen neuen hierhergehörenden Fall aus der *gynækologischen Abteilung des Kantonsspitals* in St. Gallen (Direktor: Dr. Kuhn) mit:

44jährige Frau. Menses bis vor 11 Wochen stets in Ordnung. Seit 20 Jahren steril verheiratet. Vor zwei Jahren heftige Unterleibsentzündung mit Meteorismus, Erbrechen; Fiebersteigerung, hohe Druckempfindlichkeit des Abdomens. Geschwulst im Abdomen etc.

Diagnose post operationem: Cysten und intraligamentäres, vereitertes tuberkulöses Fibromyom im Ligamentum latum.

Es folgt die *makroskopische und mikroskopische Beschreibung* des durch Operation gewonnenen Präparates, sowie eine kurze Besprechung der *Aetiologie des vorliegenden Myoms. Woher kommt die Tuberkulose?*

Vielleicht handelt es sich um eine sekundäre Affektion; man könnte annehmen, dass bei obiger Patientin zu irgend einer Zeit irgendwo eine ganz schleichend verlaufende tuberkulöse Infektion bestand und dass die schon bestehende Geschwulst an dieser Infektion sich beteiligte. (Siehe dagegen die Schlussfolgerungen von Ebbinghaus. Ref.)

Zum Schlusse erwähnt Hoesli noch einen Fall von Ch. Bôle ***, der deshalb von Wichtigkeit ist, weil er einen kasuistischen Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose von Tumoren liefert.

Das Literatur-Verzeichnis führt 59 mehr oder weniger einschlagende Publikationen auf; zwei hübsche, mikroskopische Abbildungen sind beigegeben.

* *Dr. Otto Nägeli:* « Kombination von Tuberkulose und Carcinom ». *Virchow's* Archiv. Bd. 148, p. 435 ff.

** *Dr. H. Ebbinghaus:* « Isolierte, regionäre Achseldrüsentuberkulose bei Tumor der weibl. Mamma etc. ». *Gyn. Helvet.* IV, p. 19.

*** *Dr. Ch. Bôle:* « Ueber primäre Uterustuberkulose ». *Gyn. Helvet.* III, p. 99.

Dr. H. Hunziker, Basel:

Ueber die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.*

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 1, pag. 118, 1904.)

Betreffend *die Frage nach den unmittelbaren Resultaten der künstlichen Frühgeburt* sind von Hunziker alle seit ca. 1880 erschienenen Arbeiten soweit sie zugänglich waren, benutzt worden.

Die Resultate für die Mütter: Unter 767 künstlichen Frühgeburten, *klinisch* eingeleitet in den letzten 25—30 Jahren, sind im Anschluss an die Geburt vorgekommen 12 Todesfälle, d. h.

Mortalität der Mütter 1,56 %.

Immerhin ist zu bedenken, dass Frauen mit engem Becken an sich schon eine höhere Mortalität in der Geburt und im Verlauf des Wochenbettes haben.

Die Todesursachen waren folgende: 1. Cervixriss, subperitoneales Hæmatom und Luftembolie; 2. unbeachtete Blutung, Verblutungstod; 3. Tetanus uteri, Uterusruptur; 4. Eklampsie (Quecksilberintoxikation ?); 5. Eklampsie; 6. Pyæmie; 7. Septikæmie; 8. Cervixriss, Verblutung; 9. Nephritis; 10. Pyæmie; 11. Allgemeine Anæmie und 12. Uterusruptur bei Placenta prævia.

Die Resultate für die Kinder: Die 595 Frauen der Statistik haben insgesamt durchgemacht: 2202 Geburten.

Von 2202 + 13 Kindern (Zwillinge) sind

spontan geboren	1306 + 7
durch künstliche Frühgeburt	896 + 6
Total	2202 + 13

Von den 1306 + 7 spontan Geborenen wurden

tot geboren	840 + 1 = 64,0 %
lebend geboren	466 + 6 = 36,0 %
lebend entlassen	376 + 5 = 29,0 %

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 108: *Dr. A. Beresowski*: « Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt ».

Von den 896 + 6 künstlich Frühgeborenen wurden

tot geboren	178 + 1 = 19,8 %
lebend geboren	718 + 5 = 80,2 %
lebend entlassen . . .	531 + 3 = 59,2 %

Von den 595 Frauen sind 97 « Erstgebärende », diese gebaren zusammen 122 + 3 Kinder, von diesen wurden

tot geboren	23 + 1 = 19,2 %
lebend geboren	99 + 2 = 80,8 %
lebend entlassen . . .	74 + 1 = 60,0 %

Es verbleiben somit zum Vergleich mit den Spontangeburten bei 595 — 97 = 498 Mehrgebärenden (896 + 6) — (122 + 3) = 774 + 3 künstlich frühgeborene Früchte. Von diesen wurden

tot geboren	155 = 19,9 %
lebend geboren	619 + 3 = 80,1 %
lebend entlassen . . .	457 + 2 = 59,1 %

Es zeigt sich somit, dass beim Vergleich von 1306 + 7 spontanen mit 774 + 3 künstlich frühen Geburten derselben 498 Frauen die künstlichen Frühgeburten weit bessere Ergebnisse aufweisen, indem letztere 30 % mehr lebend entlassene Kinder erzielen.

Der zweite Teil der Arbeit von Hunziker sucht die Frage zu beantworten: « *Wie sind die Lebenschancen dieser Kinder?* » Es kam nur das Material der Basler-Klinik in Betracht und dürfen die gezogenen Schlüsse daher nicht verallgemeinert werden.

Indem Hunziker zum Schlusse *die erhaltenen Resultate* zusammenfasst, sagt er wörtlich folgendes:

1) « Bei 498 mehrgebärenden Frauen mit engem Becken sind in 2080 Geburten mit 2090 Kindern, wovon 1306 Geburten (mit 1313 Kindern) spontan einsetzten, 774 Geburten (mit 777 Kindern) künstlich eingeleitet wurden, durch die künstliche Frühgeburt rund 30 % mehr am 10. Tage nach der Geburt noch lebender Kinder erziehlt worden. Die absoluten Prozentzahlen lebend Entlassener betragen:

für die spontan Geborenen . . . . 29,9 %
für die künstlich Frühgeborenen . 59,1 %; mit anderen Worten:

Durch die künstliche Frühgeburt sind verhältnismässig doppelt so viele Kinder am 10. Tage noch am Leben erhalten gewesen, als bei den Spontangeburten.

2) Von 188 Spontangeborenen leben zur Zeit noch 72 = 38,3 %.
von 111 + 1 Frühgeborenen leben zur Zeit noch 60 = 53,6 %

Trotzdem also von den lebend entlassenen Kindern einige Prozent der künstlich Frühgeborenen mehr starben als von den spontan Geborenen, so sind doch in Bezug auf die Gesamtzahl der Geburten die gegenwärtigen Resultate so, dass von den Frühgeborenen 15 % mehr Kinder zur Zeit am Leben sind. Da sämtliche lebende Kinder über das so verhängnisvolle erste Lebensjahr hinaus sind, so kann die mutmassliche Verringerung dieser 15 % infolge der ungleich langen Beobachtungszeiten höchstens einige wenige Prozente betragen, so dass bei Berücksichtigung dieses Abzugs immer noch mindestens 10 % Ueberschuss zu Gunsten der Frühgeborenen besteht. Zieht man die absoluten Prozentzahlen in Betracht (38,3 % bezw. 53,6 % minus zirka 5 %), so heisst das:

« *In den Basler Fällen sind durch die künstliche Frühgeburt verhältnismässig annähernd $^1/_5$ mehr Kinder für die Gesellschaft definitiv erhalten worden, als bei der spontan eingetretenen Geburt.* »

Ein reiches Litteraturverzeichnis ist beigegeben.

Dr. Isdebky, Lausanne:

Ausschabung der Gebärmutter und Sterilität.
Curettage de l'utérus et stérilité.

Clinique et Policlinique obstétricale de l'Université de Lausanne:
Prof. Dr. G. Rossier.

(Imprimerie Gutenberg, Genève, 1904.)

Isdebky stellt sich die Aufgabe, folgende Frage zu beantworten: « *Kann sich die Schleimhaut des Uterus nach vorhergegangener Ausschabung in dem Masse regenerieren, dass sie wieder eine Schwangerschaft ermöglicht oder bildet sich im Gegenteil ein Narbengewebe aus, das eine mehr oder weniger vollständige Obliteration der Uterushöhle und somit Sterilität herbeiführt?* »

Nach einem gedrängten Ueberblick der uns interessierenden Frage folgen einschlagende Beobachtungen aus der Litteratur, sowie 23 Fälle aus der *Lausanner geburtshülflichen Klinik und Poliklinik.*

Im ganzen bringt Isdebky so 166 Beobachtungen zusammen, die in Tabellenform nochmals übersichtlich zusammengestellt werden:

Zahl der beobachteten Fälle	Einmal ausgeschabt	Mehrere male ausgeschabt	Der Ausschabung sind Aborte vorangegangen		Kein Abortus vor der Ausschabung	Nach der Ausschabung			
			Einmal	Mehrere male		Zahl der Schwangerschaften	Zahl der ausgetragenen Geburten	Aborte	Noch schwanger
166	154	12	56	6	104	207	156	35	16

Die aus den zusammengetragenen Tatsachen sich ergebenden *Folgerungen* lauten:

I. Die Uterusschleimhaut kann durch die Ausschabung niemals vollständig entfernt werden, dank der engen Beziehung ihrer tieferen Schichten und der Uterus-Muskulatur; daraus ergiebt sich ohne weiteres die Möglichkeit der Regeneration.

II. Die vollständige Wiederherstellung der Uterusschleimhaut nach vorhergegangener Ausschabung ermöglicht spätere Schwangerschaften; der Verlauf dieser ist durch die Curettage oft in günstigem Sinn beeinflusst. (Heilung von eventuellen Endometritiden.) Die Ausschabung repräsentiert somit eine vorzügliche Behandlungs-Methode verschiedener Formen von Sterilität, sowie des habituellen Abortus.

III. Die nach einer eventuellen Ausschabung auftretenden Aborte können ersterer nicht zur Last gelegt werden.

Das Litteraturverzeichnis führt 42 Arbeiten auf.

Dr. E. Kahan, Bern:

Ueber die Morbidität nach Eihaut- und Placentar-Lösung bei Sublimat-Antisepsis des Genitalkanals *.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Druck von J. Zalachowski, Charlottenburg, 1904.)

Die bis jetzt über die Mortalitätsverhältnisse der manuellen Placentarlösungen erschienenen statistischen Untersuchungen haben verschiedene,

* Es sei an dieser Stelle auf den in den therapeutischen Monatsheften, Juli 1895, veröffentlichten Aufsatz aus der *Berner Klinik* aufmerksam gemacht: *Dr. Max Frank:* « Ueber die Anwendung des Sublimats in der gynækologischen und geburtshülflichen Praxis ».



von einander abweichende Ergebnisse gezeitigt, indem die Autoren die manuelle Placentarlösung nicht isoliert in reiner Form untersuchten, sondern sämtliche Geburten mit manueller Lösung der Placenta in die Statistiken eingetragen haben, ohne jede Berücksichtigung, ob irgend welche andere Operation und Komplikation dabei beobachtet wurde.

Um ein richtiges Urteil über die klinische Bedeutung der manuellen Placentarlösung für den Verlauf des Wochenbetts sich zu verschaffen, hat KAHAN an Hand von beigegebenen 25 Tabellen versucht, die manuellen Placentar- und Eihaut-Lösungen isoliert, in reiner Gestalt zu untersuchen und das Hauptgewicht nur auf den Wochenbettsverlauf derjenigen Kreissenden zu legen, bei welchen jede andere Operation, jede Komplikation und Verletzung unterblieben sind.

In Betracht kommen 45 manuelle Placentarlösungen und 28 manuelle Eihautlösungen. In jedem Falle wurde die Vagina vor dem Eingriff mit einer Sublimatlösung von 1 : 5000 desinfiziert und mit der gleichen Lösung nach dem Eingriff auch das Cavum uteri und die Vagina (noch einmal) gewaschen.

Unter allen 45 Fällen von manueller Placentarlösung ist kein Todesfall vorgekommen. Das durch KAHANS Untersuchungen gewonnene Resultat lässt sich in folgenden Sätzen ausdrücken:

Die manuelle Lösung der Placenta hat eine gewisse ungünstige Wirkung auf den Verlauf des Wochenbettes, doch ist die allgemein verbreitete Meinung über die Gefährlichkeit dieser Operation übertrieben. An und für sich, sobald andere Operationen, Komplikationen und Verletzungen ausgeschlossen sind, ist die manuelle Placentarlösung nicht als gefährlich zu betrachten.

Die von KAHAN bearbeiteten Fälle sind unter Anwendung von Sublimatantisepsis ausgeführt worden; dabei wurde ausser der Händedesinfektion noch vor und nach dem Eingriff eine Scheidenspülung vorgenommen.

Es sprechen weitere tabellarische Zusammenstellungen und Vergleichungen klar und deutlich für die Nützlichkeit einer gründlichen Desinfektion der Scheide bei jeder manuellen Eihaut- und Placentarlösung.

Dr. H. Ladame, Bern:

Beitrag zum Studium der Mortinatalität in der Schweiz.
Contribution à l'étude de la Mortinatalité suisse.

(Imprimerie Stæmpfli & Cie, Berne, 1904.)

In der Schweiz zählt man jährlich 3—4000 Totgeborene, Anzahl, die bei der stetigen Verminderung der Geburten, nicht ausser acht zu lassen ist.

Ladame teilt die Totgeborenen in zwei grosse Klassen: 1. Fötus vor der Geburt abgestorben und 2. Fötus während der Geburt abgestorben; er nennt *Fœtogestimortalität* die Mortalität des Fœtus während der Schwangerschaft und *Fœtopartimortalität* die Mortalität des Fœtus während der Geburt. Das Studium dieser beiden Mortalitäten begreift die Fœtomortalität oder spezielle Mortinatalität.

Die Ursachen der Fœtogestimortalität gruppiert Ladame folgendermassen:

Krankheiten mütterlicherseits, Unfälle, Anomalien der Placenta, Missbildungen, unbekannte Ursachen.

Die Ursachen der Fœtopartimortalität liegen in:
der Haltung und Lage des Fœtus, in Anomalien des Nabelstranges, in Anomalien der Placentar-Insertion (Pl. prævia), in Beckenanomalien, in Anomalien der Eihäute und des Fruchtwassers, in einer zu starken Entwicklung des Fœtus, in langdauernden Geburten, in Ruptur des Uterus, in der Perforation und in unbekannten Momenten.

Alle einzelnen Gruppen werden der Reihe nach eingehend an Hand der gefundenen Zahlen besprochen und müssen die interessanten Details im Original selbst nachgesehen werden.

Ladame *resumiert* seine sehr fleissige und verdienstvolle Arbeit *folgendermassen:*

1. Die vermutlichen Ursachen der Mortinatalität und der Neomortinatalität müssen durch eine eingehende Anamnese die Erzeuger beteffend, eruiert werden, denn die Erfahrung und die Statistik waren bis jetzt nicht im Stande, selbe in genügender Weise aufzuklären.

2. Eine solche Untersuchung die sich über das Gesamtgebiet der Schweiz zu erstrecken hätte, würde sicherlich neue Tatsachen zu Tage fördern und würde wichtige Fingerzeige zur Prophylaxe der Mortinatalität und der Neomortinatalität liefern, was um so notwendiger, als die Geburtenzahl in ständigem Sinken begriffen ist.

3. Was die Mortinatalität anbetrifft, so muss selbe in allgemeine und spezielle Mortinatalität unterschieden werden. Die spezielle Mortinatalität macht einen prinzipiellen Unterschied zwischen den Fœten, die vor der Geburt abgestorben sind (Fœtogestimortalität) und Fœten, die während der Geburt erlagen (Fœtopartimortalität); sie studiert des weitern die verschiedenen Gruppen bezüglich der ætiologischen Faktoren, die bereits oben angegeben wurden.

Die Initial-Differenzierung der Totgeborenen ist von grösster Wichtigkeit; wenn auch die Klassifikation der Totgeborenen je nach dem Eintritt des Todes (vor dem normalen Schwangerschaftstermin, am n. Schw.) einer gewissen Bedeutung nicht entbehrt, so ist sie der ersten Gruppierung doch untergeordnet, denn für gleichalterige und ungleichalterige Fœten sind die letalen Ursachen, denen sie während der Schwangerschaft ausgesetzt sind, ganz anderer Natur als die Ursachen die während der Geburt eine Rolle spielen, etc.

4. Für das Jahr 1900 weisen Städte mit mehr als 10,000 Einwohnern 90 % unbekannter Ursachen der Fœtogestimortalität auf (davon entfallen 85 % auf Entbindungsanstalten) und 10 % unbekannte Ursachen der Fœtopartimortalität (15 % entfallen auf Entbindungsanstalten). Diese Tatsachen zeigen uns deutlich, dass, wenn die Mortinatalität vorderhand noch unvollkommen bekannt ist, dies davon herrührt, dass wir die Mehrzahl der Ursachen der Fœtogestimortalität nicht kennen.

5. Es ist daher notwendig als Base dieser Untersuchungen sich des von Ladame ausgearbeiteten Fragebogens zu bedienen, der die Berechnung der verschiedenen Koeffizienten vermittelst der individualisierenden Methode gestattet; des weiteren sollen die Schweizer-Aerzte zur Mitarbeit herbeigezogen werden, ganz besonders aber die Leiter der Entbindungsanstalten und die Spezial-Aerzte für Geburtshilfe.

6. Wenn man sich die fundamentale Wichtigkeit der Annahme eines solchen Fragebogens betreffs der Erforschung der sanitären Bedingungen der Erzeuger (deren Fœtomortalität ein vorzüglicher Prüfstein ist) und betreffs der Prädisposition der kommenden Generationen vergegenwärtigt, wenn man sich die Nützlichkeit eines solchen Fragebogens bezüglich der Ausarbeitung von Versicherungen, fœtalen und mütterlichen Totentafeln vor Auge führt, dann wird man begreifen, dass es für die masgebenden Behörden eine Pflicht ist, Mittel und Wege zu finden, um dem vorgesteckten Ziele immer mehr sich zu nähern.

Dr. H. Lazaris, Genf:

Die nervöse Form der Osteomalacie.

De l'Ostéomalacie à forme nerveuse.

Aus der med. Klinik der Universität Genf:

Prof. Dr. Bard.

(Imprimerie Ch. Zœllner, Genève, 1904.)

Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt, die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Osteomalacie-Fällen zu lenken, die hauptsächlich durch nervöse Symptome imponieren.

Der erste, der auf diese Form aufmerksam gemacht, war Paviot von Lyon. Während des Jahres 1903 kamen dann an der Bard'*schen Klinik* in Genf drei einschlagende Fälle zur Beobachtung, die sämtlich Frauen betrafen (von 40, 60 und 62 Jahren).

Nach einem *historischen Ueberblick* über die « *nervöse Symptomatologie* » der Osteomalacie folgen detailliert 7 Krankengeschichten, wovon drei aus der Genfer med. Klinik.

Weitere Kapitel behandeln die « *nervöse Symptomatologie* », *die Diagnose, die Pathogenese, die Prognose und Therapie.*

Die Schlussfolgerungen der auch für den Gynækologen interessanten Arbeit lauten:

1. Es existieren Fälle von Osteomalacie, bei denen nervöse Symptome und eine relative Systematisation vorherrschen und die eine organische Affektion des Nervensystems vortäuschen können. Diese Fälle sollen unter dem Namen « nervöse Form der Osteomalacie » bekannt gemacht werden.

2. Die « nervöse Form der Osteomalacie » kann je nach dem Falle eine grosse Anzahl von verschiedensten nervösen Erkrankungen nachahmen, wie amyotrophische Lateralsklerose, chronische Myelitis, Pott'sche Krankheit, schmerzhafte, carcinomatöse Paraplegie, gewisse Formen von Neuritiden.

3. Die Diagnose basiert sich ganz besonders auf die Erkennung von solchen Symptomen, die der Osteomalacie eigen sind; an eine Verwechslung mit nervösen Symptomen muss stets gedacht werden.

4. Eine richtige Diagnose ist um so notwendiger, als die nervöse Form der Osteomalacie bedeutender Besserung, ja selbst Heilung zugänglich

ist, vorausgesetzt, dass eine Allgemeinbehandlung der Osteomalacie in Scene gesetzt wird.

Das Literaturverzeichnis führt 40 Arbeiten an.

Dr. A. Lombardi, Zürich:

Beobachtungen über Perityphlitis an der Zürcher chirurgischen Klinik während der Jahre 1901 (IV—XII) bis 1903 (I—IV).

(Buchdruckerei Arnold Bopp, Zürich, 1904.)

Die vorliegende Arbeit umfasst die Appendicitis-Fälle, welche vom 1. April 1901 bis 1. April 1903 unter der Direktion von Prof. Krönlein beobachtet worden sind. Sie reiht sich somit der früheren Arbeit von Dr. Hæmig* an, welcher das entsprechende Material aus den Jahren vom 1. April 1881 bis 1. April 1901 bearbeitet hat.

Tabelle der *Hämig*'schen und der *Lombardi*'schen Fälle:

Jahrgang	Nicht operiert	Während des Anfalles operiert		Im freien Intervall reseciert	Total
		mit localisiertem Prozess	mit allgemeiner Peritonitis		
I-IV 1881 bis I-IV 1903	50	104	55	265	474
Davon †	5	6	43	0	54 (11,4%)

Symptome: Die Appendicitis tritt nicht immer mit den typischen Symptomen auf, sondern manchmal in einer so verschleierten Form, dass eine sichere Diagnose schwer oder überhaupt nicht zu stellen ist. Sehr häufig beginnt die Krankheit mit plötzlichen, diffusen, mehr oder weniger heftigen Leibschmerzen, die dann im Verlauf von Stunden in der rechten fossa iliaca sich lokalisieren. In der Mehrzahl der Fälle aber lokalisieren sich die Schmerzen von Beginn an in der rechten Bauchseite. Der Leib ist meistens aufgetrieben. Durch die Bauchdecken ist häufig

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 35: *Dr. G. Hæmig:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Zürcher chirurgischen Klinik während den zwei Dezenien 1881—1901. »

eine deutliche Resistenz in der Ileo-cœcal-Gegend zu fühlen und durch die Perkussion ist an dieser Stelle eine Dämpfung zu bekommen. Wenn durch die Bauchdecken gar kein Tumor zu fühlen ist, so vernachlässige man nicht, besonders, wenn ein schwerer Fall vorliegt, per rectum oder per vaginam zu untersuchen, weil sehr oft durch diese Untersuchung ein tief liegender Abscess zu entdecken ist.

Ein mitgeteilter Fall, ein 8-jähriges Mädchen betreffend, illustriert das Gesagte: Die rectale Untersuchung, nach Entleerung der Blase, ergab eine apfelgrosse Vorwölbung des Douglas.

Zu der lokalen Veränderung am Leibe treten bei der Appendicitis *weitere Symptome* hinzu:

Uebelkeit, Erbrechen, Singultus, Aufstossen, Appetitlosigkeit, Obstipation, Zunge fast ausnahmslos belegt, oft Fœtor ex ore. Das Fieber kann eine bedeutende Höhe erreichen, kann aber auch fehlen. Puls 100—120. Urinretention; Indicanvermehrung im Harn; kolikartige Bauchschmerzen (Colica appendicularis, Sonnenburg); später sehr heftige Schmerzen.

Die Krankheit in ihrem Verlaufe kann sich verschieden gestalten.

Die Ansichten der Autoren über die Qualität event. bestehender perityphlitischer Tumoren sind mannigfaltig; nach Lombardi's Ansicht geht Sahli entschieden zu weit, wenn er behauptet, dass alle perityphlitischen Tumoren eiteriger Natur seien.

Die Müller'sche* Dissertation berichtet von 3 Beobachtungen, bei welchen ein Hydrops des proc. verm. gefunden wurde. Die Beschaffenheit des Exsudates war klar, serös, transparent und schleimig. Roux teilt 4 operativ behandelte Fälle mit, bei denen keine Spur von purulenter Peritonitis trotz Wurmfortsatzperforation nachzuweisen war.

Unter den von Lombardi in Betracht gezogenen Fällen fand er ebenfalls 2 *Hydrops der Appendix,* die mitgeteilt werden.

Bei einem weiteren Falle war die Spitze des proc. vermif. nicht aufgetrieben, enthielt aber ein blasses, geruchloses Exsudat; in wieder einer andern Beobachtung bildete das starke und eigrosse Klumpen bildende Netz einen bei der äusseren Untersuchung konstatierten Tumor.

Welches ist nun das weitere Schicksal eines Abscesses? Kann er resorbiert werden oder nicht? Dass eine vollständige Eiterresorption stattfinden kann, ist die Ansicht von Sahli; eine positive Lösung dieser Frage fällt aber sehr schwer.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 134: *Dr. A. Müller:* « Hundert Fälle von Perityphlitis ».

Auch aus der LOMBARDI'schen Statistik geht hervor, dass die Perityphlitis häufiger Männer als Frauen befällt. Erkältungsursachen. Dass die Blinddarmentzündung hauptsächlich zwischen dem 10.—30. Lebensjahre vorkommt, ist dadurch zu erklären, dass im frühen Kindesalter die Appendix durch eine weite Oeffnung mit dem Darm kommuniziert, infolgedessen die in ihr Lumen eingetretenen Kotpartikelchen, sowie das von ihr gebildete Sekret nicht so leicht sich stauen können. Im höheren Alter verengert sich dagegen das Lumen des Wurmfortsatzes dermassen, dass er von der Krankheit relativ verschont bleibt. Das Uebergangsstadium aber zwischen beiden physiologischen Vorgängen ist im höchsten Grade gefährdet.

LOMBARDI hat alle akuten Anfälle und Recidive, deren Datum bekannt war, benützt, das Auftreten der ersten Anfälle und der Recidive nach Berücksichtigung der Jahreszeit zu bestimmen. *Die Perityphlitis tritt vom Monat Mai bis September auf.*

Ursache der Erkrankung. LOMBARDI bestreitet eine primäre Entzündung des Cœcums bei der Appendicitis, hält aber die *Kotstauung des Cœcums* als eines der möglichen, auslösenden Momente. Dass im Cœcum eine Kotstauung und eine Eindickung des Darminhaltes stattfinden kann, beweist eine mitgeteilte Beobachtung eines 16 Jahre alten Mädchens.

Ausser der Verstopfung kommen noch *andere ætiologische Momente* in Betracht: Genuss von kalten Getränken und Speisen, von Früchten, Diätfehler, Anstrengung, Heben von schweren Lasten. Dass ferner die Appendicitis die Folge eines Traumas in der rechten fossa iliaca sein kann, beweist eine Anamnese eines 15-jährigen Patienten.

Verschluckte Gegenstände haben, wenn auch sehr selten, Veranlassung für die Appendicitis abgegeben. LOMBARDI hatte Gelegenheit zu konstatieren, dass das *Auftreten der Menstruation einen Einfluss auf die Blinddarmentzündung* ausüben kann:

17 Jahre altes Frl.; hat als 4-jähriges Mädchen eine Blinddarmentzündung durchgemacht. Seit dieser Zeit jedes Jahr einen Anfall. Mit dem 14. Jahre trat die Menstruation ein und seither erkrankte sie an Blinddarmentzündung jedesmal, wenn sie sich während jener Zeit eine Erkältung zuzog. Die Monate März und April schienen die Krankheit am meisten zu begünstigen. Die Patientin litt jedesmal an starken Schmerzen stechender und krampfartiger Natur in der Ileo-cœcal-Gegend, an einer umschriebenen Stelle. Dabei fieberte sie öfters bis 39—40°. Andere Male verlief der Anfall ohne Temperaturerhöhung. Im Jahre 1900 bekam die Patientin zwei Anfälle, denen im Jahre 1901 ein dritter folgte. *Operations-Befund:* Der proc. vermiform. war nach oben geschlagen. Er war dünn und an der Spitze etwas verwachsen.

Die *Zeit der Schwangerschaft* bleibt von der Blinddarmentzündung nicht immer verschont.

Andere Ursachen: Uebermässige Länge der Appendix; Enge des Ileum beim Uebergange ins Cœcum; familiäre Disposition.

Die Zahl der Fälle, welche im akuten Anfall in die Klinik gebracht wurden, beträgt 11; sie wurden exspektativ behandelt; man erzielte 9 vollständige Heilungen.

Lombardi geht nun auf die Besprechung der *Operation während des Anfalles* ein; dann führt er eine Beobachtung an, die geeignet ist, die Ausdehnung und den Durchbruch des perityphlitischen Eiters zu illustrieren; folgt des weiteren ein Fall, bei dem eine Tuberkulose der Lungen, des Cœcums und des Wurmfortsatzes bestand. Als Kuriosum eines merkwürdigen Verlaufes und der zum Teil unerklärlichen Symptome wird eine weitere Krankengeschichte mitgeteilt.

Der *Verlauf der im Anfall operierten Fälle* mit lokalisiertem Prozesse war mit sehr wenigen Ausnahmen reaktionslos.

Besprechung der im Anfall bei bestehender allgemeiner Peritonitis operierten Fälle. Hieher gehören 19 Fälle, die schon mit ausgesprochener Peritonitis in das Spital gebracht worden waren und 5, die ein paar Stunden nach der Aufnahme alle Zeichen einer Bauchfellentzündung zeigten; ebenso wurden 2 andere Kranke in Prof. Krönlein's Privatpraxis laparotomiert.

Von diesen 26 Patienten starben 21, während 5 andere sich vollständig erholten. (Folgen einige interessante Fälle.)

Besprechung der im freien Intervall operierten Kranken, welche entweder einen einzigen oder mehrere perityphlitische Anfälle durchgemacht hatten. Diese Kategorie umfasst 153 Patienten, bei denen die Exstirpation des proc. vermif. vorgenommen wurde; kein Todesfall; der Wundverlauf beinahe immer reaktionslos; solide Narben.

Komplikationen der Appendicitis: Kotfisteln, *Senkungsabscesse, die beim Weibe* sogar zu einer rechtseitigen Parametritis führen können.

Lombardi fand in seinen Krankengeschichten 3 mal Thrombose der linken und 1 mal der rechten Vena femoralis notiert.

Zuletzt sind die in der Operationsnarbe entstandenen Hernien als Komplikationen zu nennen, sowie Pneumomie, Lungeninfarkte und Pleuritis.

Im Anschluss an die allgemeine und spezielle Besprechung der Appendicitis gibt Lombardi eine kurze *Darstellung der am Wurmfortsatz angetrof-*

fenen Veränderungen: Die grösste durch Operation gewonnene Appendix besass eine Länge von 12 cm; einmal lag das Colon mit dem aus seiner lateralen und hinteren Seite entspringenden proc. vermiform. nach oben gedreht. Zwischen beiden bestand eine innige Verwachsung. Am häufigsten wurde der Wurmfortsatz im kleinen Becken gefunden, wo er einmal sogar mit der rechten Tube verwachsen war; bei einem anderen Falle lag die Spitze des nekrotischen und perforierten proc. vermiform. dicht in der Nähe der stark injicierten rechten Tube. Der exstirpierte Wurmfortsatz war zum grössten Teil nekrotisch und präsentierte in seinem distalen Ende einen grossen Kotstein. Bei einem 16-jährigen Mädchen war die Appendix in der Nähe des rechten Ovarium verklebt und zeigte zwei kolbige, durch eine zwischen beiden gelegene Einschnürung getrennte Anschwellung, von denen die proximale einen Kotstein enthielt und die distale in eine kleine Abscesshöhle umgewandelt war.

Ein einziges Mal war die Appendix mit der arteria iliaca verklebt gefunden; ebenfalls ein einziges Mal fand man den proc. vermif. mit dem Bruchsack verwachsen, gleichzeitig bestand eine Adhærenz zwischen Gallenblase und einer Jejunumschlinge. In einem weiteren Falle wurde eine Verlagerung des proc. vermif. nach oben beobachtet, mit einfacher oder doppelter Knickung; dass eine solche zu einer Perforation des Wurmfortsatzes Veranlassung geben kann, wird dadurch bewiesen, dass mehrmals an der Knickungsstelle eine Perforationsöffnung gefunden wurde.

Bei seinem Lagerwechsel behält der proc. vermif. nicht immer seine normale Gestalt, sondern wird oft gezwungen, dieselbe zu ändern (2 persönliche Beobachtungen).

Die Entzündung bei der Perityphlitis bleibt meistens nicht auf den Wurmfortsatz beschränkt, sondern dehnt sich auf das benachbarte Peritoneum und die Darmschlingen aus. Durch den entzündlichen Reiz verkleben die Därme untereinander um die Appendix herum und bilden so eine Art Abschluss der intakten Bauchhöhle; es wird also bei allfälliger Perforation nicht die Bauchhöhle, sondern der durch die Verklebung gebildete Hohlraum zunächst infiziert, wie eine persönliche Beobachtung demonstriert. Folgt ein charakteristischer Fall von Fistelbildung nach einer Operation durch Verwachsung des perforierten Wurmfortsatzes mit der Bauchwunde.

Inhalt der resecierten Wurmfortsätze; 6 mal Empyem und 2 Mal Hydrops. Wiederholt wurde, ohne dass eine Erweiterung des Lumens bestand, mehr oder weniger reichliches seröses Exsudat und flüssiger Kot

nachgewiesen. Ausserdem wurden in 20 Fällen einzelne Kotsteine, in 5 weiteren Fällen je 2 Kotsteine in der Appendix gefunden.

Lombardi begegnete 42 mal der *Perforation des Wurmfortsatzes.* Geht das dabei enstandene Geschwür in Heilung über, so entsteht meistens eine Narbe, welche event. zu einer Stenose des Lumens führen kann; dass eine solche das peripher gebildete Sekret zur Stauung bringe, wird an einer einschlagenden Beobachtung demonstriert.

Bezüglich der *Differential-Diagnose* muss man an folgende Affektionen denken: Carcinom des Cœcums, Nieren- und Gallensteinkoliken.

Die Differentialdiagnose zwischen rechtseitiger Adnex-Affektion und Appendicitis ist manchmal so schwierig, dass man zu einem sicheren Schluss kaum kommen kann.

Dass eine reine Adnexaffektion auch zu Symptomen in der rechten fossa iliaca führen kann, die für eine Blinddarmentzündung und nicht für eine Genitalerkrankung sprechen, wenn an den Genitalien nichts Pathologisches nachzuweisen ist, wird durch einen von Müller (Basel) mitgeteilten Fall erwiesen:

Es handelte sich um einen kindskopfgrossen, abgekapselten, peritonitischen Herd, der von einer puerperalen Eiterung der rechten Tube ausgehend, alle Erscheinungen der peritonitischen Reizung zeigte. Die Erkrankung sprach für Appendicitis, besonders weil in dem rechten Hypogastrium eine Dämpfung und eine Resistenz nachzuweisen war, während der Genitalbefund negativ blieb.

Hämig teilt 2 Fälle mit, welche mit der Diagnose Peritonitis und Perityphlitis in's Krankenhaus gesandt worden waren und bei denen es sich in dem einen Fall um einen abgekapselten Pyosalpinx und bei dem andern um eine geplatzte Tubargravidität handelte.

Weitere Verwechslungen kommen vor mit Ulcus ventriculi, Wanderniere, perforiertes Ulcus mit Peritonitis, Carcinom und Tuberkulose von Darm und Mesenterium, akute Entzündungen des Pancreas, Darminvagination, Darm-Aktynomykosis.

Die richtige Zeit für ein event. operatives Einschreiten ist diejenige von ca. 6 Wochen nach überstandenem Anfall.

Zur Gruppe der im freien Intervall zu operierenden Fälle gehören verschiedene Kategorien:

1. Diejenigen Patienten, welche verschiedene Anfälle mit völlig beschwerdefreien Intervallen durchgemacht haben.

2. Diejenigen, bei denen die Anfälle nicht besonders heftig, die Zwischenzeiten aber nicht ganz schmerzfrei waren.

3. Diejenigen, bei welchen nie ein richtiger Anfall zum Ausbruch kam, immerhin die Beschwerden aber so lästig wurden, dass das Gefühl des Unwohlseins nie ganz schwand.

Zwölf instruktive Abbildungen von am proc. vermif. erhobenen Befunden sind beigegeben.

Dr. N. Maléeff, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Struktur des Collum uteri.

Contribution à l'étude de la Structure du Col utérin.

Travail du Laboratoire d'Anatomie de l'Université de Lausanne: Prof. Dr. A. Roux.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der Frage und nach Beschreibung der bei der Untersuchung von 12 Uteri (11 Monate—74 Jahre) befolgten Technik, stellt Maléeff die gefundenen Tatsachen in folgende Sätze zusammen:

1. Die Cervix setzt sich in jedem Lebensalter und unter den verschiedensten Bedingungen aus 3 Elementen zusammen, aus dem Muskelgewebe, den elastischen Fasern und dem Bindegewebe.

2. *Das Muskelgewebe* ist am meisten vorherrschend; man kann davon zwei deutliche Schichten, konzentrisch um den Cervicalkanal angeordnet, unterscheiden, eine innere plexiforme und eine äussere, zirkuläre Schicht.

Die erste Schicht wird aus Muskelbündeln gebildet, die in der verschiedensten Richtung ziehen und sich kreuzen, die also einen Plexus bilden, daher der von uns gegebene Name plexiform. Dieser Plexus war am deutlichsten im Präparat Nr. 4 (Mädchen von 8 Jahren) ausgesprochen; hier konstatierte man sogar vollständig radiär verlaufende Fasern. (Fig. 39). Oft bieten in ein und demselben Uterus die hintere und vordere Wand gewisse Unterschiede betreffs Dicke dieser Schicht. Bei jungen Individuen und bei Nulliparen nimmt diese plexiforme Schicht nie mehr als die Hälfte des Cervicalkanals ein, während sie bei Multiparen fast den ganzen Cervix mitbilden hilft. Die zirkuläre Schicht ist in diesen letzten Präparaten nur durch einige seltene, ganz oberflächlich gelegene Bündeln vertreten.

Die zweite zirkuläre Schicht nimmt eine gute Hälfte der Cervicalwand ein; in der hinteren Wand der Portio supravaginalis selbst mehr. Die äusseren Bündel dieser Schichte verlaufen eher in transversalem Sinne und existieren nur in der hinteren und vorderen Wand; seitlich gehen sie in die Lig. lata über.

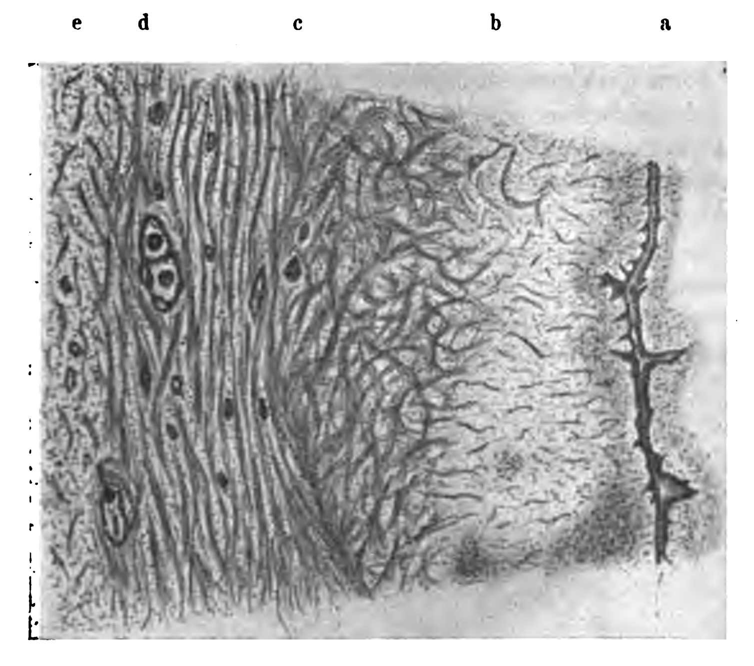


Fig. 39.

Transversaler Schnitt durch die vordere Wand der Vaginalportion von Uterus № 4. a Cervicalcanal. a-b Schleimhaut. b-c Plexiforme Muskelschicht. c-d Zirkuläre Muskelschicht. d-e Paracervicales Bindegewebe.

Es muss hinzugefügt werden, dass die beiden Schichten nur in der Cervix von jungen Nulliparen typisch ausgebildet vorgefunden werden. Wir haben bereits bemerkt, dass bei den Multiparen die zirkuläre Schicht nur wenige Bündel aufweist; bei ganz jungen Mädchen ist die Grenze zwischen den beiden Muskelschichten wenig ausgesprochen.

Ausser den beiden Schichten, plexiform und zirkulär, enthalten sämtliche untersuchten Cervices noch zahlreiche längsverlaufende, in der seitlichen Cervixwandung besonders reichlich angehäufte Bündel.

Es ist noch hinzuzufügen, dass das muskuläre Element im allgemeinen

an Häufigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Indem das Muskel-Element atrophiert, wird es durch Bindegewebe ersetzt.*

3. *Die elastischen Fasern*** existieren in etwa derselben Reichhaltigkeit in sämtlichen Cervices, in jedem Alter, beim Kinde ebenso ausgebildet wie bei der jungen Nullipara, bei den Multiparen wie bei alten Personen.

Die elastischen Fasern kommen häufiger vor, als dies gewöhnlich angenommen wurde; wir finden sie in allen Schichten der Cervical-Wand in der Form von zarten, stark gewellten Fibrillen, die zahlreiche kollaterale Zweige abgeben, welche sich zu einem wahren Netz verschlingen.

In der Schleimhaut beginnt dieses Netz sogleich unterhalb des Epitheliums. Im Niveau des Chorion umgeben die Maschen, die die elastischen Fasern bilden, die cellulären Elemente.

In Innern der Portio sind die elastischen Bündel eng den Muskel-Bündeln angeschlossen, sie bewahren absolut den gleichen Verlauf wie diese; nur die transversal verlaufenden Zweige haben keine bestimmte Richtung. (Fig. 40).



Fig. 40.

Elastische Fasern in mitten von Muskelgewebe der Cervixwandung von Uterus No. 1.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, pag. 25. *Jentzer-Beuttner:* « Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie ». Die beiden Autoren haben dort experimentel nachgewiesen, wie nach Castration (künstliche Klimax) das Muskelgewebe successiv durch Bindegewebe ersetzt wird.

** Siehe *Ludwig Pick:* « Ueber das elastische Gewebe in der normalen und pathologisch-veränderten Gebärmutter ». Sammlung klin. Vorträge, Nr. 283, 1900.

Da die elastischen und muskulären Bündel parallel zu einander verlaufen, so sehen wir auf transversalen Schnitten der Cervix die elastischen Fasern in längsverlaufender, zirkulärer und tranvsersaler Richtung in den Muskelbündeln. In den Längs-Bündeln erscheinen die querdurchschnittenen elastischen Faserbündel wie feine, punktierte Stellen. Die kollateralen Zweige und die transversalen Fasern des Netzes, die man an ihrer ausgeprägten Feinheit erkennt, sind ganz besonders in den transversalen Schnitten der Längsmuskel-Bündel sichtbar.

4. *Das Bindegewebe* ist nicht an eine besondere Schicht gebunden; es ist fibrilläres Bindegewebe, das man im Innern der Portio nur zwischen den Muskelbündeln findet. An der Peripherie wird es viel voluminöser und bildet den Hauptbestandteil des paracervicalen Gewebes. Mit zunehmendem Alter nimmt auch das Bindegewebe progressiv zu.

5. Die Untersuchungen, die am Corpus uteri von 3 Fällen ausgeführt worden sind, gestatten den Schluss, dass der grosse Reichtum der Cervix an elastischen Fasern nichts für letztere Charakteristisches hat und dass er sich vielmehr über den ganzen Uterus ausbreitet.

Dr. M. Marullaz, Lausanne:

Zwei Fälle von primären Tumoren der Vagina.
Deux cas de Tumeurs primitives du vagin.

Institut pathologique de l'Université de Lausanne:
Prof. Dr. Stilling.

(Imprimerie Pache-Varidel, Lausanne, 1904.)

I. Malignes Epitheliom der Vagina, herstammend von einer Chorionzotte; Uterus normal.

34-jährige Frau. 1. und 2. Geburt normal; 3. Geburt am 13. Febr. 1903 ebenfalls normal; am 10. Tage post partum Vaginalblutung, ohne Unterbrechung, während des ganzen Monates April Blutabgang aus der Scheide; innere Untersuchung und Eintritt ins Spital am 22. Mai 1903.

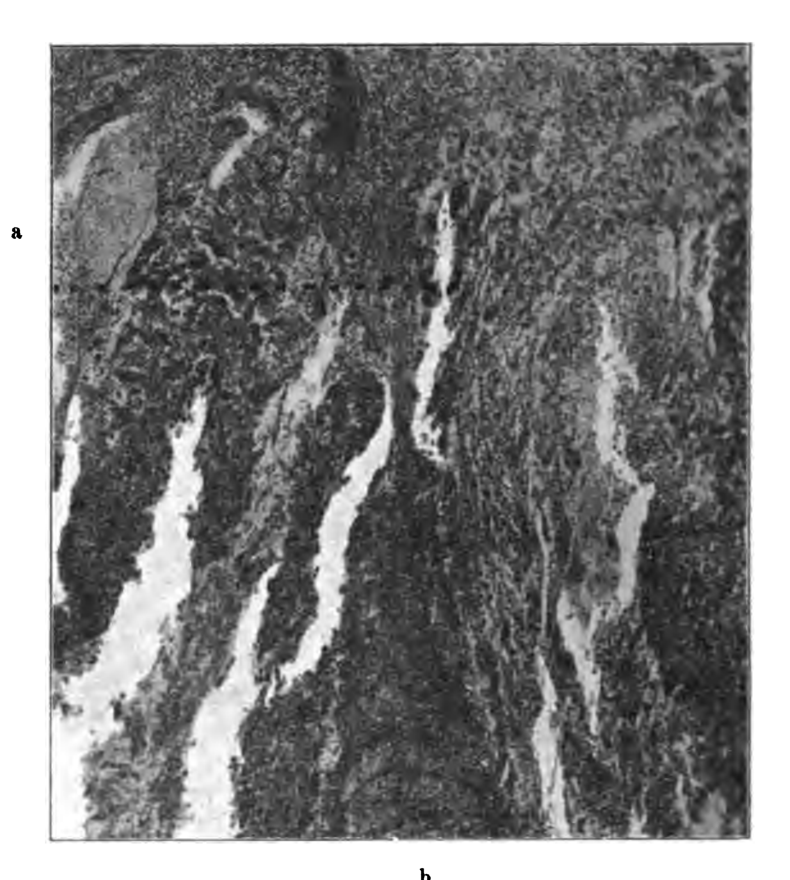
Status. Cachektische Frau; bei der inneren Untersuchung findet man an der hinteren und linken seitlichen Vaginalwand einen ulcerierten, längsovalen Tumor, am Scheideneingang beginnend und ca. 6 cm. nach oben gehend; er erhebt sich circa 1 cm. über die Vaginalschleimhaut und scheint einen voluminösen Stiel zu besitzen.

Bei der Inspektion findet man eine ulcerierte Geschwulstmasse mit regelmässigen Rändern; das Zentrum wird durch einen tiefen Krater, der nekrotische Massen enthält, gebildet. Uterus und Adnexe normal.

Operation am 25. Mai. Totalexstirpation des Tumors. (Fig. 41).

Exitus am 4. Juli 1903. Lungenmetastasen.

a



b

Fig. 41.

Malignes Epitheliom der Vagina.
a Syncytiale Massen. b Fibrin.

Es folgt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des gewonnenen Präparates; die einschlägigen Fälle werden kurz besprochen.

II. Rhabdomyosarcom der Scheide.

11 Monate altes Mädchen; zwischen den grossen Schamlippen eine Himbeeren- ·tige, kleine Geschwulst, auf der hinteren, unteren Partie der Vulva inseriert, ver- ittelst eines ziemlich voluminösen Stieles. Weder die Harnröhrenmündung nochdie agina kann man zu Gesicht bekommen; keine Inguinaldrüsen. (Fig. 42).

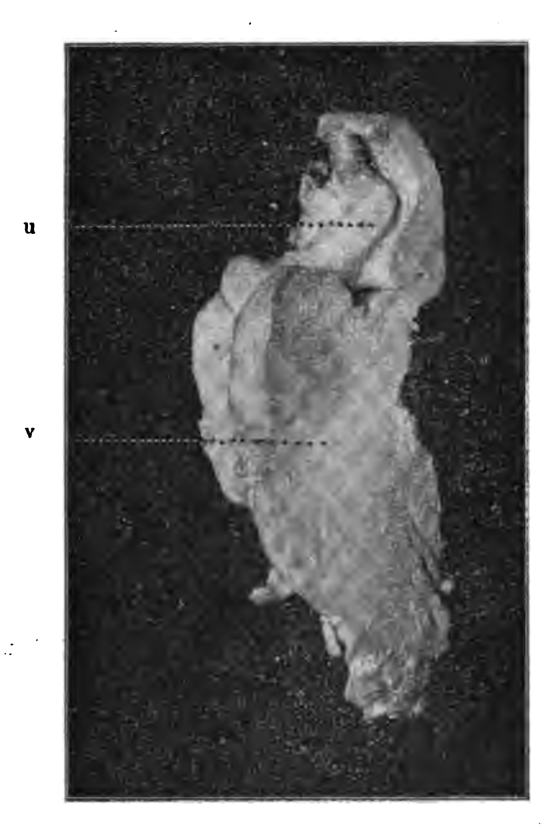


Fig. 42.

Rhabdomyosarcom der Scheide. (Natürliche Grösse).
u Uterus. v Vagina.

Da der Fall zur Autopsie kam, so gibt Marullaz die genaue makros- ·pische und mikroskopische Beschreibung der vorliegenden Geschwulst- ıssen (Fig. 43 und 44) und kommt zum Schluss kurz auf bereits ıblizierte Fälle zu sprechen.

A

Fig. 43. A Quergestreifte Muskulatur.

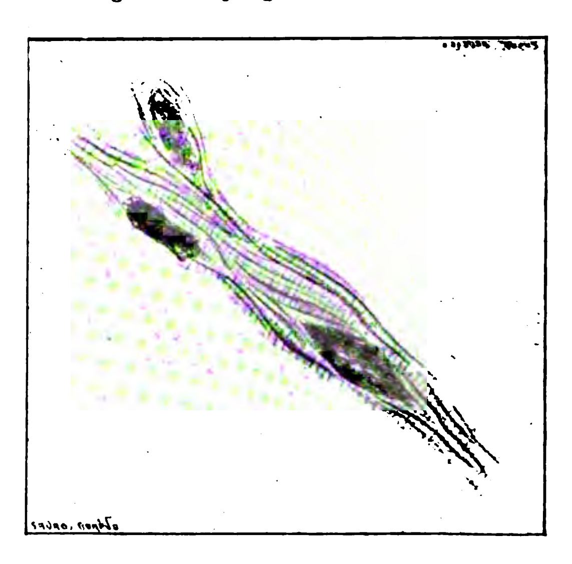


Fig. 44. Quergestreifte Muskelfaser.

Dr. Joh. A. MONN, Frauenfeld:

Die Heisswasser-Alkoholdesinfektion.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:

Prof. Dr. O. v. HERFF.

(Buchdruckerei F. Müller, Frauenfeld, 1904.)

MONN gibt zuerst auf 56 Seiten eine vorzügliche historische Bearbeitung r uns interessierenden, ziemlich verwickelten Frage; nachdem so die ılen bakteriologischen Versuche, die verschiedenen Ansichten für und der die Heisswasser-Alkoholdesinfektion näher dargelegt worden sind, rd auf die klinischen Erfolge der *Basler* Frauenklinik, seit Einführung r Heisswasser-Alkoholdesinfektion (1902 und 1903) näher eingegangen. Es werden zuerst die *besondern Verhältnisse,* die an der *Basler Klinik* rrschen, besprochen: 82,5 % verheiratete Frauen und nur 17,5 % le-ge Personen kamen zur Geburt; etwa 80 % aller Frauen kommen mit ehen unmittelbar von ihrer Arbeit, nicht selten mit gesprungener ıse, oder doch so spät, dass sie kaum gereinigt werden können. Weiter in Betracht zu ziehen, dass bei der überwiegenden Anzahl von Mehr-d Vielgebärenden Erschlaffungen des Scheidenschlusses und alte rmverletzungen sehr häufig vorkommen, also einer Spontaninfektion sonders im Wochenbett Tür und Tor geöffnet ist.

Für *die Studierenden,* welche ja zur gleichen Zeit die pathologische atomie etc. besuchen, gelten folgende Bestimmungen:

I. Karenzzeit. 24 stündige Karenzzeit nach Berührung mit irgend lchen septischen, faulenden oder sonstwie ansteckenden Stoffen oder ankheiten. Jede Erklärung in dieser Beziehung wird als *ehrenwört-ı* abgegeben angesehen. — Jede Wunde, jeder Ausschlag und der-ichen an den Händen oder an den Vorderarmen, mögen diese noch unbedeutend erscheinen, müssen sofort dem diensttuenden Assistenz-te gezeigt werden, der das Weitere veranlassen wird.

II. Desinfektionsordnung.

. « Der Rock ist vor Eintritt in den Gebärsaal, wie überhaupt stets Leitung einer jeden Geburt im Privathause, abzulegen. Statt dessen ält in der Anstalt der Praktikant einen leinenen Kittel. »

. « Die Untersuchung darf nur mit entblössten Armen geschehen. »

. « Nach einer vorgängigen kurzen Waschung der Hände beginnt die ;infektion der Hände und Arme mit der Behandlung der Fingernägel.

Diese müssen möglichst kurz abgeschnitten, abgestumpft und geglättet werden. Der Schmutz unter dem Nagel und im Nagelbette muss mit dem Nagelreiniger auf das *Sorgfältigste* entfernt werden.»

4. «Hierauf schliesst sich die *Waschung der Hände und Arme.* Mindestens *fünf Minuten* hindurch — nach der Uhr zu kontrollieren — sind die Nägel, Hände und Vorderarme mit *Bürste, Seife* und *möglichst heissem Wasser* gründlich zu reinigen und öfters das Wasser zu erneuern. Die Seitenflächen der Finger, die Zwischenfingerräume, sowie die Maus sind mit *längsgestellter* Bürste besonders zu bearbeiten. Auch sind während dieser Zeit die Nägel nochmals zu reinigen.»

5. «Die zu reinigende Hand wird sodann *fünf Minuten mit Flanellläppchen, die wiederholt in reinen Alkohol zu tauchen sind, gründlich abgerieben.* Durch drehende und stopfende Bewegungen innerhalb des in der anderen Hand zusammengefalteten Flanellläppchens sind ganz besonders die Nagelglieder zu desinfizieren.»

6. «Nach *Eintauchen* der Finger in Lysol, um sie schlüpfrig zu machen, erfolgt jetzt unmittelbar die Untersuchung. Muss man etwas warten, so deckt man die untersuchende Hand mit dem Flanelllappen.»

7. «Eine desinfizierte Hand, welche *vor* der Untersuchung irgend welche Gegenstände, besonders Kleidungsstücke, Taschentücher u. s. w. berührt hat, muss von neuem desinfiziert werden.»

8. «Die Untersuchung darf nur im Beisein des Arztes oder einer Hebamme stattfinden.»

9. «Die diensttuende Hebamme hat die Verpflichtung, auf Ausführung obiger Bestimmungen strengstens zu achten.»

10. «Jeder Untersucher hat sich in das Journalbuch einzutragen.»

Als Prophylaxe benutzen Assistenten, Hebammen und Studierende im Frauenspital zur Untersuchnng von Wöchnerinnen, septischen Kranken und zum Verband eiternder Wunden entweder Gummihandschuhe oder mindestens Fingerlinge, letztere durchweg bei Rectaluntersuchungen und bei vag. Untersuchungen mit eitrigen Erkrankungen (Carcinome u. s. w.). Bei Geburten werden Handschuhe nur von Anstaltsärzten und Hebammen benutzt, bei fiebernden, infizierten Fällen, bei Lues, hier als persönlicher Schutz,. gelegentlich zur Untersuchung eiliger Fälle, nicht nur um rasch eine vorläufige Diagnose zu stellen, sondern auch bei rasch notwendig werdenden Operationen, wenn durch den notwendigen Zeitverlust bei korrekter Desinfektion Nachteile für die Kreissende zu er-

warten wären, z. B. Nabelschnurvorfall bei tiefstehendem Kopfe, dringende manuelle Placentarlösung u. s. w. Hebammenschülerinnen und Studenten benutzen keine Handschuhe, ausser bei recenter Lues zum eigenen Schutze.

Was die Reinigung und Desinfektion der *Kreissenden selbst* anbetrifft, ist folgendes zu sagen:

1. Beim Eintritt wird ein Glycerinclysma verabreicht zur Entleerung des Darmes.
2. Dann folgt ein warmes Vollbad (28°), wobei die Frau am ganzen Körper mit Schmierseife abgewaschen wird.
3. Jetzt wird die Frau mit sterilisierter Wäsche (Hemd und Jacke) bekleidet und auf das mit sterilisiertem Bezug versehene Bett im Kreisssaal gelagert.
4. Dann folgt gründliche Reinigung der Geschlechtsteile mit Schmierseife und warmem Wasser und Kürzung der Schamhaare.
5. Schliesslich werden die Genitalien noch mit 1 ‰ Sublimatlösung abgerieben, da Alkohol zu schmerzhaft ist.

Ausspühlungen der Scheide wurden — abgesehen von jenen zur Anregung von Wehen — nur vor operativen Eingriffen gemacht, zumeist mit 1 ½ % Lysol, gelegentlich bei Fieber mit Chlorwasser 1 : 3. Intrauterine Ausspühlungen bei Fieber intra partum wurden nur nach manueller Placentarlösung zur Blutstillung, fast durchweg mit Chlorwasser 1 : 3 gemacht. Im Wochenbett wird nur mit Sublimat abgespühlt; Scheidenspühlungen werden nur auf besondere Anzeige hin, zumeist mit Sublimat oder Sublamin, bei Endometritis, besonders Endometritis putrida, bei Eihautretention ausgeführt.

Nachdem MONN noch der einzelnen Kindslagen, der Beckenanomalien und der verschiedenen Operationen einlässlich Erwähnung getan, Faktoren, die alle einen nicht unbedeutenden Einfluss auf den Verlauf des Wochenbettes ausüben, schliesst er seine an praktischen Winken reiche Arbeit folgendermassen:

« Aus dem Vorhergehenden ergibt sich nun, dass die Resultate des Frauenspitals in Basel, bei Berücksichtigung der besonderen oben erwähnten ungünstigen Verhältnisse, seit Anwendung der Heisswasser-Alkoholmethode nach *Ahlfeld* mit 18,8 % Temperatursteigerungen über 37,9 (Gesamtmorbidität), 9,8 % Temperatursteigerungen aus genitaler Ursache und mit 0,0 % Mortalität an in der Anstalt verschuldeter Puerperalerkrankung wohl zu ben besten Resultaten gezählt werden können.

Wird ferner in Erwägung gezogen, dass die bakteriologischen Versuche mit der Heisswasser-Alkoholmethode bei näherer Betrachtung und richtiger Beurteilung mit weniger schwer zu erklärenden Ausnahmen durchweg günstigere Resultate ergeben haben, als alle anderen geprüften Desinfektionsmethoden, so kann mit Recht der Schluss daraus gezogen werden, dass *die Heisswasser-Alkoholdesinfektionsmethode nach Ahlfeld, sowohl im bakteriologischen Experimente als auch, soweit bis jetzt ein Schluss gezogen werden kann, in der Praxis, sich durchaus bewährt hat und daher wegen ihrer Einfachheit vor allen andern bis jetzt angewandten Desinfektionsmethoden empfohlen werden kann.* »

Dr. F. R. Nager, Luzern:

Lymphangioendothelioma cysticum abdominis*.

Beitrag zur Kenntnis seltener Abdominaltumoren.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:

Prof. Dr. P. Ernst.

(Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1904.)

Es handelt sich um eine Neubildung von cystischem Aufbau, ohne ein derberes Gefüge, die infiltrativ in einem ganz bestimmtenGewebe wächst, das nirgends überschritten wird. Makroskopisch muss man ihre Lokalisation in das subendotheliale Gewebe des Peritoneum viscerale verlegen, muss aber die Möglichkeit einer Entstehung vom Endothel selbst zugeben. Ein Einwuchern in die Organe des Abdomens oder in die umgebenden Teile des Körpers hat nicht stattgefunden. Sämtliche Organe des ganzen Körgers erwiesen sich als frei von Metastasen; die regionären Lymphdrüsen waren ohne Tumorbestandteile. Die Neubildung stellt sich als eine *produktive* und im pathologisch-anatomischen Sinne als eine *benigne* dar.

Die physiologisch-chemische Untersuchung der bei der Abdominalsektion gewonnenen *Gallertmassen* ergab *Lymphe;* die *mikroskopische Untersuchung* ist eine sehr einlässliche und wird durch drei sehr hübsche farbige Reproduktionen von gewonnenen Schnitten auf's Beste illustriert.

* Siehe *diesen Jahrgang*: *Dr. J. Schvetz:* « Ein Fall von cystischem Chylangiom des Mesenteriums ».

Epikrise. Das Wachstum des beschriebenen Tumors erstreckt sich über wenigstens 10 Jahre, es geht sozusagen ohne Einfluss auf den Allgemeinzustand des Körpers und die Funktionen der Organe vor sich. Erst kürzere Zeit vor dem Tode treten Erscheinungen von Raumbeengung u. s. w. auf. Der Exitus erfolgt in höherem Alter (65 Jahre) durch Lungenembolie, die wohl auf die veränderten Zirkulationsverhältnisse durch den Tumor entstanden sein wird. Bei der Probelaparotomie, dann aber ganz besonders bei der Autopsie, lassen sich folgende Merkmale der Neubildung erheben:

Es handelt sich um eine Geschwulst, die mit grosser Wahrscheinlichkeit unter dem Peritonealendothel sich entwickelte und deren Hauptbestandteile Cysten sind; von einem destruktiven Fortschreiten kann nicht die Rede sein. Die Neubildung steht mit dem Lymphgefässsystem im engsten Zusammenhang.

In *differenzial-diagnostischer Hinsicht* werden ausgeschlossen Echinococcus multilocularis, Enterokystome, Sarcome, Carcinome und Lymphangiome (Lymphangiektasia cystica).

Das Literaturverzeichnis führt 37 Publikationen auf.

Zwei makroskopische Abbildungen erläutern auf's Beste die etwas komplizierten topograph. Verhältnisse.

L. E. de Reynier, Basel:

Die Resultate von 40 Frühgeburtseinleitungen mittels Eihautstich.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:

Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 1, pag. 97, 1904.)

Eine prinzipielle Anwendung des Eihautstiches zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, wie sie von Prof. v. Herff durchgeführt wird, hat diese Methode anscheinend in neuerer Zeit in keiner anderen Klinik gefunden. Daher erscheint eine eingehendere Publikation der Resultate des Eihautstiches und ihr Vergleich mit denen der anderen vornehmlich geübten Methoden nicht ohne Interesse. — Bereits im Jahre 1894 erklärte v. Herff den Eihautstich als eine der zuverlässigsten und besten

Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Geburtsh.-Operationslehre S. 112).

Technik des Eihautstichs: Desinfektion der äusseren Genitalien, lauwarme 1 % Lysol-Scheiden-Spühlung mit erhöhtem Kreuz; 2 Finger werden in den Mm. eingeführt und durch die Cervix mit dem Mittelfinger bis zu den Eihäuten vorgedrungen. Ein Assistent reibt den Fundus uteri, bis eine Wehe eintritt; ist dann der Eihautsack straff gespannt, so wird die Blase mit einer Kugelzange* geöffnet. (Modifiziert nach v. Herff.) Im allgemeinen soll die Oeffnung möglichst klein ausfallen. Die Frau wird dann ruhig gelagert, ein eventuelles Abweichen des Kopfes durch Binden und geeignete Seitenlage zu vermeiden gesucht; Temperatur und Puls werden sorgfältig beobachtet und jede *innere* Untersuchung *streng* unterlassen. Die nötige Kontrolle der Kindeslage erfolgt durch äussere Handgriffe. Morgens und Abends bekommt die Frau eine heisse Lysolspühlung (38° R) von ungefähr 2 Litern. Jeden Tag wird durch Klistier für Stuhlgang gesorgt. Die Frau wird, wenn nötig, erst dann innerlich untersucht, wenn die Wehen begonnen haben stark zu werden.

Vom 15. September 1901 bis zum 15. Dezember 1903 wurde auf der geburtshilflichen Abteilung des Frauenspitals in Basel die *künstliche Frühgeburt bei 39 Frauen 40 mal durch den Blasenstich eingeleitet* und zwar 31 mal wegen Beckenanomalien und 9 mal wegen anderer Ursachen.

Verlauf der Geburten: Der Geburtsgang war vom Moment des Eintritts der Wehen bis zur Geburt normal.

Dauer der Geburten: Selbe ist je nach den Fällen eine recht verschiedene. Die Mitteldauer der mitgeteilten 40 Geburten betrug:

vom Moment des Eihautstichs bis zum Eintritt der Wehen 70.15 St.
» » » » » zur Geburt . . . . . 77.50 St.

Werden aber 3 ungewöhnlich lang dauernde Geburten nicht mit eingerechnet, weil für diese sicher eine abnorm geringe Reizbarkeit des Uterus vorgelegen hat, so sind die Resultate folgende:

vom Moment des Eihautstichs bis zum Eintritt der Wehen 55,10 St.
» » » » » zur Geburt . . . . . 61,35 St.

Während der Nachgeburtsperiode trat nur in 5 Fällen eine bedeuten-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 209 : *Prof. v. Herff:* « Kugelzange zum Sprengen der Blase ».

dere Blutung ein, die einmal nach Expressio placentæ nach Credé und in einem Falle nach dem Nähen eines Cervixrisses bald aufhörte.

Erfolge für die Mutter: Mortalität = 0 %. Morbidität: es wurden nur ganz rasch vorübergehende Fiebersteigerungen, die in keinem Falle länger als 2 Tage andauerten, konstatiert. Von den 40 Frauen konnten 33 zwischen 11 und 13 Tagen mit der Bezeichnung « wohl » das Spital verlassen. Bei 3 Frauen, die an Nephritis in graviditate und Eklampsie gelitten hatten, wurde bei ihrer Entlassung am 16.—25. Tage kein Eiweiss im Urin mehr konstatiert. 4 Frauen endlich wurden zwischen dem 11. und 18. Tage entlassen, die eine gesund, die drei anderen in demselben Zustande, wie sie in's Spital eingetreten waren.

Erfolge für die Kinder: Bei den 40 Geburten wurden im ganzen

Kinder lebend geboren 35 = 87.50 %
» tot » 5 = 12.50 %

Vergleicht man die Todesursachen mit dem Geburtsverlauf, so sieht man, dass man nur in einem einzigen Falle der Methode Schuld beilegen könnte; in allen anderen Fällen ist es unmöglich, den Tod des Kindes auf den Eihautstich zurückzuführen.

Zum Schlusse verbreitet sich de Reynier noch über *die Frage der Metreuryse.*

Dr. O. Russ, Zürich:

Ueber Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangern.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Druck von Zürcher & Furrer, Zürich, 1904.)

35jährige VI para; plötzlicher Exitus; fast sofort nach Konstatierung des Todes der Mutter werden Bauchhöhle und vordere Uteruswand mit einem in der Nähe liegenden Tischmesser durch einen Längsschnitt eröffnet und das Kind aus dem Uterus entfernt; dieses ist im zweiten Grad asphyctisch und wird durch Schultz'sche Schwingungen, künstliche Atmung und Sauerstoffzufuhr nach zirka 1/2 Stunde wiederbelebt.

Anatomische Diagnose: Hæmorrhagie in der dorsalen Hälfte der Pons, Blutgerinnsel im vierten Ventrikel und in der Basis der Pons; Tuber-

culosis pulmonis dextræ; Oedema pulmonis sinistræ; subcapsuläre Leberblutung; venöse Stauung der Leber, Nieren und Blase.

Mikroskopische Untersuchung: Nieren zeigen trübe Schwellung des Epithels der gewundenen Harnkanälchen; maximale Füllung der Nierengefässe. Glomeruli und interstitielles Bindegewebe unverändert. Leber zeigt ebenfalls enorme Füllung der Venæ centrales und Venæ portæ etc.

Dass es sich hier um Eklampsietod der Mutter (kein Eiweiss) handelte, steht wohl ausser Frage.

Um bezüglich der Berechtigung der Sectio cæsarea post mortem, deren Indicationen und Vorbedingungen zur Vornahme, in's Klare zu kommen, gibt Russ einen Ueberblick der bisher veröffentlichten Fälle. Die jüngste in Betracht kommende Arbeit von Dickes aus der Bonner Klinik beschreibt aus den Jahren 1875—1903: 34 Fälle mit 6 Totgeburten; 19 Kinder blieben am Leben, 9 starben kürzere oder längere Zeit nach der Geburt.

Russ konnte des weiteren ebenfalls aus den Jahren 1875—1903 und in Dickes Arbeit nicht berücksichtigt, noch 14 Fälle aus der Litteratur sammeln, die in Tabellenform übersichtlich zusammengestellt, wiedergegeben werden.

Wenn man die Resultate der bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts veröffentlichten Fälle mit denen der letzten 3 Jahrzehnte vergleicht, so fällt vor allem der grosse Unterschied in den Mortalitätsziffern auf. Dort wurden in 532 Fällen nur 38 (7 %) lebende und am Leben bleibende Kinder entbunden, hier dagegen wurden mit 72 Fällen 37 (51 %) lebende Kinder geboren.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die ältern Geburtshelfer noch vielfach unter dem Zwange des Gesetzes den Kaiserschnitt an Toten vornahmen, und dass, nachdem in den meisten Ländern die bezüglichen Gesetzesvorschriften aufgehoben, diese Operation viel weniger häufig ausgeführt wird.

Der Erfolg der Operation hängt natürlicherweise von folgenden Faktoren und Vorbedingungen ab, auf die näher eingegangen wird:

1. *Zeitpunkt der Schwangerschaft.*
2. *Krankheit und Todesart der Mutter.*
3. *Zeitdauer von der Konstatierung des Todes bis zur Operation.*
4. *Wirklicher Tod der Mutter.*
5. *Leben des Kindes.*
6. *Erfolglosigkeit einer unblutigen Entbindungsart.*

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur verlangt Ruess zur Vornahme des Kaiserschnittes an der verstorbenen Schwangern, dass folgende *Vorbedingungen* erfüllt seien:

1. Die Schwangerschaft soll die Mitte oder das Ende des 8. Monats erreicht haben.

2. Es soll die Mutter einer Krankheit erlegen sein, die das Leben des Kindes « in utero » nicht unmittelbar gefährdet, wobei aber zu bemerken ist, dass nicht allzu grosses Gewicht auf diese Forderung zu legen ist.

3. Es sollen nicht mehr als 15—20 Minuten seit dem konstatierten Tode der Mutter verstrichen sein; in ausnahmsweise günstigen Fällen kann auch nach 20—30 Minuten eine Operation noch Erfolg haben.

4. Es soll der Tod der Mutter durch alle zu Gebote stehenden diagnostischen Hülfsmittel konstatiert sein.

5. Das Kind soll noch am Leben sein, wobei man sich aber erinnere, dass das Ausbleiben von Lebenszeichen bei der Frucht nicht immer ein Zeichen des eingetretenen Todes sein muss.

6. Es sollen, wenn es die Verhältnisse beim Kinde erlauben, Entbindungsversuche durch die normalen Geburtswege gemacht werden.

Im oben mitgeteilten Falle der Zürcher Klinik dürfte nach dem eben Angeführten die Vornahme der Operation durchaus gerechtfertigt gewesen sein:

« Der Untersuchungsbefund entsprach dem IX. Schwangerschaftsmonat; Todesursache war Eklampsie und zwar war die Frau im ersten Anfalle verstorben, ohne dass vorher Symptome von Eklampsie bemerkt worden waren, so dass man annehmen durfte, dass das Kind noch nicht gelitten hatte und wahrscheinlich noch am Leben war, denn es waren noch wenige Zeit vorher Herztöne und Uteringeräusche gehört worden; bis zur Operation waren höchstens 10 Minuten verstrichen; die Frau hatte weite, reaktionslose Pupillen, Stillstand der Atmung und des Herzens und Pulslosigkeit, war also mit ziemlicher Sicherheit tot. Da der Fall klinisch war, konnte von andern Entbindungversuchen abgesehen werden, was sich auch nach der Operation als ganz richtig erwiesen hat, da das Kind bereits hochgradig asphyctisch zur Welt kam und nach länger dauernder Entbindungsart eventuell nicht mehr zum Leben hätte gebracht werden können. »

Dr. Edwin Scheidegger, Sumiswald (Kt. Bern):

Ein Fall von Carcinom und Tuberkulose der gleichen Mamma.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Buchdruckerei H. R. Sauerländer & Cie. Aarau, 1904.)

Nach der Widerlegung der Rokytansky'schen Lehre des höchst seltenen gleichzeitigen Vorkommens von Carcinom und Tuberkulose durch zahlreiche neuere Mitteilungen von Fällen, welche das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom und Tuberkulose, nicht nur im gleichen Körper, sondern zum Teil sogar im gleichen Organe bewiesen, ist die Frage nach dem Verhältnis, in welchem Carcinom und Tuberkulose zu einander stehen, eine brennende geworden.

Mitteilungen über Kombination von Carcinom und Tuberkulose der Mamma finden sich bis jetzt nur wenige in der Litteratur; daher ist die Mitteilung eines weiteren Falles angezeigt:

Anamnese. Hereditär mit Phthise und Carcinom belastet; hat sechsmal geboren; vor 4 Jahren eine rechtsseitige Pleuritis; kurz vor der letzten Niederkunft am 23. Juni 1903 bemerkte Patientin eine Verhärtung in der rechten Mamma; anfänglich ohne Schmerzen; Nachtschweisse. In der Zeit von der letzten Geburt bis zur Operation (23. Juni — 21. August 1903) soll die Geschwulst nicht gewachsen sein.

Status præsens. In der rechten Mamma über und median von der Papille ein pflaumengrosser Tumor. Haut total verschieblich; ebenso der Tumor auf seiner Unterlage freibeweglich, scharf abgegrenzt; seitlich, gegen die Papille zu, mehr diffus ins übrige Mammagewebe übergehend. Konsistenz derb, grobhöckerige Oberfläche. Achseldrüsen nicht fühlbar. (Operation.)

Es folgt die genaue Beschreibung der histo-pathologischen Veränderungen, sowie eine epikritische Besprechung der vorliegenden Fälle.

Auf zwei farbigen Tafeln werden Schnitte durch den tuberkulös entarteten adenocarcinomatösen Tumor wiedergegeben.

Dr. H. SCHULZE, Zürich:

Ueber einen Fall tuberkulöser Erkrankung der Portio vaginalis.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. WYDER.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1904.)

Das Erscheinen der klassischen Monographie von HEGAR im Jahre 1886 « *Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose des Weibes* » bildet einen Wendepunkt in der Lehre der Tuberkulose der weiblichen Organe.

Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit der Tuberkulose am unteren Abschnitt des weiblichen Genitalapparates hat sich SCHULZE entschlossen einen Fall von Tuberkulose der Portio vag. der Oeffentlichkeit zu übergeben:

59-jährige Pat. Mutter verstarb an Lungenschwindsucht; ebenso ein Bruder. Climax im 48. Lebensjahre. Pat. hat 6 normale Geburten durchgemacht und ein Abortus. Seit Winter 1901 Fluor albus; im Frühling 1902 wurde der Fluor gelblich und übelriechend.

Status: Portio vaginalis uteri dick, wulstig, hart, mit unebener Oberfläche, bei der Palpation leicht blutend. Das Gewebe ist nicht zerfallen. — Eine Probeexcision ergab drüsenloses, fibröses Granulationsgewebe; nirgends Carcinomzellen; eine Menge von exquisit ausgesprochenen Tuberkeln mit grossen eingelagerten Riesenzellen.

Totalexstirpation des Uterus per vaginam. Exitus an akuter, septischer Peritonitis.

Sektionsbefund: Peritonitis diffusa purulenta; keine Tuberkulose der mesenterialen und retroperitonealen Drüsen. *Ovarien und Tuben vollkommen normal.*

Makroskopischer Befund des exstirpierten Uterus: Länge 7,5 cm.; Breite 4 cm.; Dicke 3 cm.. Cervix ist 2,5 cm. lang; Cervixwand verdickt, Cervicalkanal erweitert. An der Schleimhaut sind kleine, punktförmige, gelbliche Erhebungen sichtbar. Die Portio ist pilzförmig. Rings um den äusseren Muttermund papilläre, zerklüftete Excrescenzen, welche von der Basis bis zur Höhe des inneren Muttermundes sich erstrecken und diesem Teile ein granuliertes Aussehen geben. Die beiden Muttermundslippen sind nicht gut zu unterscheiden und verschmelzen in einen dicken wulstförmigen Saum.

Mikroskopische Beschreibung: Das Plattenepithel ist nicht vorhanden, von Schleimhaut und Drüsen keine Spur. An der Oberfläche findet man ein reiches Granulationsgewebe mit mehreren Gefässen und zahlreichen Capillaren, welche mit Blut gefüllt sind; auch viele Blutextravasate im Bindegewebe. In diesem Granulationsgewebe liegen zerstreut einzelne umschriebene Tuberkel, welche durch Rundzellenzüge getrennt sind. Vereinzelte Bacillen wurden in den Riesenzellen und am Rande einiger Tuberkeln gefunden.

Ungeachtet der herrschenden Meinung von der Seltenheit der Cervixtuberkulose, ist es SCHULZE dennoch gelungen, im ganzen 45 hieher ge-

hörige Fälle (Portio vaginalis inbegriffen) zusammenzustellen. (Davon sind 11 Fälle als primäre bezeichnet.)

Die wirkliche Zahl solcher Erkrankungen ist tatsächlich eine viel grössere, wenn man noch die falsch diagnostizierten Fälle berücksichtigt und die Grösse des Materials, welches in den nicht secierten Leichen verloren geht.

Dr. J. Schvetz, Lausanne:

Ein Fall von cystischem Chylangiom des Mesenteriums*.
Chylangiome kystique du Mésentère.

Institut Pathologique de l'Université de Lausanne:
Prof. Dr. Stilling:

(Imprimerie Pache-Varidel & Cie., Lausanne, 1904.)

Das Studium der Chylangiome ist noch wenig vorgeschritten; es ist deshalb angezeigt, auf einen Fall zu sprechen zu kommen, der zu mikroskopischer Untersuchung kam:

10-jähriges Mädchen; zwischen der Symphyse und dem Nabel, in der Medianlinie ein Tumor, der leicht abgetastet werden kann, von der Grösse einer Orange; hart, etwas uneben; man kann diesen Tumor nach sämtlichen Richtungen um einige Centimeter verschieben; oberhalb Darmschlingen. Bei der Rectal-Untersuchung entdeckt man zwei haselnussgrosse Hervorragungen. Uterus absolut frei.

Operation. Laparotomie in der Linea alba; rundlicher, sehr beweglicher Tumor von der Grösse einer Männerfaust, von weisser Farbe und weicher, fluktuierender Konsistenz, zwischen den beiden Blättern des Mesenteriums entwickelt; mit vieler Mühe gelingt die Ausschälung; die beiden Mesenterialblätter werden vermittelst Catgut vereinigt. Schluss der Bauchwunde.

Es folgt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des durch Operation gewonnenen Präparates, dann wird auf die Genese dieser Cyste eingegangen und zum Schlusse werden aus der Litteratur noch 45 Fälle kurz zusammengestellt.

* Siehe *diesen Jahrgang: Dr. F. R. Nager:* « Lymphangioendothelioma cysticum abdominis ».

Dr. P. Silberschatz, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Dysmenorrhoe.

Contribution à l'étude de la Dysménorrhée.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Silberschatz hat sich folgende Fragen gestellt: « Ist die Dysmenorrhoe eine Krankheit sui generis oder ist sie nur ein Symptom und wie kann sie geheilt werden? »

Das zur Beantwortung nötige klinische Material haben Prof. Muret und Dr. Bonjour geliefert:

Der Reihe nach werden abgehandelt: Die Aetiologie, die Symptomatologie der mechanischen, der entzündlichen und der nervösen Dysmenorrhoe, die Diagnose, die Prognose und die Therapie.

Zusammenfassend drückt sich Silberschatz zum Schluss folgendermassen aus:

I. Die Dysmenorrhoe ist keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom, herrührend von Veränderungen in den Genitalien oder diesen benachbarten Organen, sowie sehr häufig von Alterationen im Nervensystem (Neurasthenie, Hysterie).

II. Man kann die Dysmenorrhoe bezüglich ihrer Aetiologie in 3 Abteilungen gruppieren:

1. *Die organische Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe mit pathologischen Veränderungen der Beckenorgane, congestive, mechanische etc. Dysmenorrhoe).

2. *Die rein nervöse Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe ohne objektive Symptome).

3. *Die gemischte Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe organischer und zugleich nervöser Natur).

Die organischen Læsionen können sehr variieren, sowie die Art und Weise der Reaktion der Kranken; es muss daher stets der Allgemeinzustand ins Auge gefasst werden.

III. Die Diagnose der verschiedenen Formen basiert sich auf den Modus und die Dauer der Beschwerden, auf den Zeitpunkt des Auftretens, sowie auf die An- oder Abwesenheit von objektiven, physischen Zeichen.

IV. Die Prognose und die Behandlung variieren sehr je nach der in Frage kommenden Form.

Folgende Heilfaktoren kommen eventuell in Betracht: Besserung des Allgemeinzustandes, Beeinflussung des erkrankten Nervensystems, Beseitigung von Zuständen, die den freien Abfluss des Menstrualblutes hindern könnten, Bekämpfung von entzündlichen Affektionen, sei es auf conservativem oder wenn nötig auf operativem Wege.

Die Suggestion kann bei der Behandlung der nervösen Form der Dysmenorrhoe vorzügliche Dienste leisten.

Es folgen detailliert 63 Beobachtungen; das Litteraturverzeichnis führt 51 einschlägige Arbeiten auf.

Dr. A. Sussmann, Lausanne:

Beitrag zur Chirurgie der Adnexe*.

Contribution à la chirurgie des Annexes.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Sussmann teilt aus der Roux'*schen Klinik und Privatpraxis* 77 einschlägige Beobachtungen mit. 36 mal wurde drainiert und 41 mal nicht. Wenn das Peritoneum mit suspecten Massen (altes, schwarzes, geronnenes Blut, verdächtiges Exsudat) in Berührung gekommen ist, dann wird drainiert. Hat sich klarer Ovarialcysten- und Hydrasalpinx-Inhalt ins Abdomen ergossen, so wird von der Drainage Umgang genommen, nicht aber dann, wenn die Exstirpation nicht eitriger Adnexe grosse technische Schwierigkeiten dargeboten (Adhærenzen). Es wurde auch wegen starker Blutung drainiert, wegen eines alten, zwischen Uterus und Eileiter gelegenen Abscesses, wegen Darmperforation. Was die Fälle von Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle anbelangt, so wurden sämtliche (mit Ausnahme von 3) drainiert.

Von den 36 Kranken, bei denen drainiert wurde (schwere Erkrankungen) genasen 34. Die Drainage hat niemals ernstere Komplikationen heraufbeschworen; man hat dabei folgendes zu beachten: Die Drainage darf

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 145: *Dr. R. Schweizer:* « Beiträge zur Drainage der Bauchhöhle im Anschlusse an Laparotomien ».

Ref.: Ich habe hier dieselbe Bemerkung anzubringen, wie bei der Referierung der *Schweizer*'schen These; es wird mit keinem Worte erwähnt, warum die von *Schauta* empfohlene bakteriologische Untersuchung von während der Operation allfällig in die Bauchhöhle geflossenem Eiter nicht ausgeführt wurde.

:ht zu lange belassen werden, die Drainöffnung soll erst dann der hliessung überlassen werden, wenn man sicher ist, dass auch absolut ine Infektion mehr besteht.

An der Roux'*schen Klinik* wird die Drainage so viel wie möglich einschränkt, dennoch kommt sie doch häufig zur Verwendung. Jedesmal, nn man aus irgend einer Ursache nicht im Stande ist aseptisch zu :rieren, soll drainiert werden.

Die 77 Fälle werden in Tabellenform in folgende Gruppen zusammenstellt:

NICHT EITRIGE ANNEXITIDEN. *I. Nicht tuberkulöser Provenienz.*

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

TUBERKULÖSE ANNEXITIDEN.

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

EITRIGE ANNEXITIDEN. *Nicht tuberkulöser Provenienz.*

1. Das Peritoneum wurde vom Eiter nicht beschmutzt:
   a) Nicht drainierte Fälle.
   b) Drainierte Fälle.
2. Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle:
   a) Nicht drainierte Fälle.
   b) Drainierte Fälle.

'ERLAUF DER EITRIGEN ANNEXITIDEN. *II. Tuberkulöse Annexitiden.*

1. Das Peritoneum wurde von Eiter nicht beschmutzt:
   a) Nicht drainierte Fälle.
   b) Drainierte Fälle.
2. Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle:
   a) Nicht drainierte Fälle.
   b) Drainierte Fälle.

Résumé.

ıl der nicht-drainierten Fälle	41	Mortalität der nicht drainierten Fälle	2
» drainierten Fälle . .	36	» » drainierten Fälle .	2



Dr. Trachtenberg, Lausanne:

Poliklinische Beobachtungen über die weibliche Gonorrhoe.

Aus der geburtshilflich-gynækologischen Universitäts-Poliklinik in Lausanne:

Prof. Dr. G. Rossier*.

(Buchdruckerei Ch. Zœllner, Genf, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der Gonorrhoe und nach Besprechung deren Aetiologie und Diagnose, sucht Verfasser an Hand des Materials der Poliklinik von *Prof. Rossier* folgende Fragen zu beantworten: 1. Gibt es eine Vaginitis gonorrhoica? 2. Ist die weibliche Gonorrhoe heilbar? 3. Welches ist die Therapie der gonorrhoischen Infektion und 4. Kann die Gonorrhoe auf poliklinischem Wege geheilt werden.

Die *Trachtenberg'schen Schlussfolgerungen* lauten folgendermassen:

1. Dank der Färbungsmethode von von Wahl** sind die Gonokokken

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 43: *Dr. G. Rossier:* « Die Gonorrhoe beim Weibe ».

** *Die Wahl'sche Lösung* setzt sich folgendermassen zusammen:

Konzentrierte Alkohol-Auraminlösung	2 ccm.
Spiritus (95 %)	1,5 ccm.
Konzentrierte Alkohol-Thioninlösung	2 ccm.
Konzentrierte wässerige Methylgrünlösung	3 ccm.
Wasser	6 ccm.

Die Vorteile dieser Methode beschreibt *Wahl* folgendermassen:

« Der Grundton der mit dieser Mischung (in 5—15 Sekunden) gefärbten Präparate ist hellgrün und der der Gonokokken rötlich-violett bis schwarz, wodurch ein überaus leichtes Auffinden derselben ermöglicht ist und das Durchsehen eines Präparates höchstens 5—10 Minuten in Anspruch nimmt. Die Kerne der Leucocyten sind blassbläulich-grün bis ausgesprochen hellgrün, je nachdem sie sich an dünner oder dicker ausgestrichenen Stellen befinden. Das Plasma ist entweder ganz farblos oder hellgelb, an dicken Stellen hellgrün. Die Epithelien sind gelblich-grün und nur einzelne runde Mastzellen nehmen mitunter eine lila Farbe an, die jedoch immer ganz blass und nicht im Stande ist, die viel dunkleren Gonokokken zu verdecken.

« Die Gonokokken sind an diesen Stellen rötlich-violett, an dicken beinahe schwarz, wodurch sie selbst hier bei Drehung der Mikrometerschraube deutlich hervortreten. Andere Urethralbakterien werden meist sehr schwach oder gar nicht gefärbt, wodurch die Diagnose erleichtert wird, was wir besonders bei Untersuchungen der weiblichen Genitalsekrete beobachten können. Mit einer der gewöhnlichen Färbemethoden gefärbt, enthalten solche Präparate so viele banale Stäbchen und Kokken, dass ein Auffinden und Differenzieren der Gonokokken häufig beinahe unmöglich ist. Mit meiner Lösung gefärbt, treten die gut gefärbten Gonokokken deutlich hervor und ist

Cervikalsekret, sowie auch im Vulva-Vaginalsekret, bei chronischer norrhoe leicht zu finden.

!. Die Farbe des Sekretes (gelb, grün) erlaubt makroskopisch die Ansenheit der Gonokokken zu vermuten.

:. Die Heilung der Metritis und Oophorosalpingitis gonorrhoica ist erhaupt sehr schwer zu erzielen.

. Die Heilung der Gonorrhoe der Vagina, Vulva, Urethra und Cervix dank der ungünstigen Verhältnisse, in welchen die Kranken weiteren, schwer, doch kann sie positive Resultate geben, wenn die Gonorrhoe ich im Beginn mit allem Ernst und aller Gründlichkeit behandelt d.

:s ist sehr wünschenswert, die Kranken zu isolieren und mit aller Geıigkeit im Spital oder in der Privatklinik zu behandeln. Eine ambulaische Behandlung — und das lehren unsere Beobachtungen — führt icher zum Ziel und setzt die Kranken wiederholten Recidiven aus; es te aber oft der Ehemann sich in derselben Zeit einer gründlichen Beıdlung unterziehen.

Venn man die weibliche Gonorrhoe mit mehr Ernst beurteilen würde, rde man mehr Heilungen erzielen und später bedeutend weniger Ute- und Adnexengonorrhoen in die Hände bekommen.

'älle von Tuberkulose behandelt man in Sanatorien, Fälle von Diphte-, Scharlach etc. werden genau unter Isolierung behandelt; warum te man es nicht erzielen können, die Fälle von Gonorrhoe zeitig im :al, in einer Klinik ebenfalls als schweres, gefährliches Leiden so ıell und so genau als möglich zu behandeln?

:s gehört dazu, das Publikum zu belehren. Es gehört ferner dazu, man sich nicht, wie so oft, mit der Diagnose « Ausfluss » und mit Verordnung « Ausspühlung » begnüge, sondern bei jedem Falle eine :te Diagnose stelle, die höchstgelegenen inficierten Punkte des Genitaltus suche und direkt energisch lokal behandle (Protargol, Silbernitrat).

ınzahl der andern schwachgefärbten Bakterien stets relativ gering — ein Zeichen, der grösste Teil derselben überhaupt die Farbe nicht aufgenommen hat.

Besonders wichtig für den praktischen Arzt ist der Umstand, dass es bei Anwen-; dieser Methode durchaus nicht notwendig ist, die Präparate gleichmässig dünn ıstreichen und selbst in den dicksten Schichten die Gonokokken vorzüglich nachəar sind. Wir brauchen daher Fäden und andere schwer zerstreichbare Schleim-:e nicht auszustreichen, wodurch die Struktur der Fäden und die Lagerung der ›kokken leiden könnten, sondern wir untersuchen sie, wie sie sind. »

Die Gonorrhoe beim Weibe ist eine sehr verbreitete Krankheit. Unter den von 1893 bis 1903, das heisst in 10 Jahren, auf der Poliklinik von Herrn *Prof. Rossier* behandelten Frauen repräsentierten in 8,42 % aller Fälle gonorrhoische Affektionen.

5. Die Behandlung durch Ausspühlung allein gibt nur bei *Vulvovaginitis* gonorrhoica positive Resultate. Bei *Urethritis* ist Protargol (10 %) angewandt worden. Bei *Cervicitis* muss zu den Ausspühlungen noch Aetzung hinzugefügt werden.

III.

Casuistische Mitteilungen aus Krankenhäusern.

Prof. Dr. O. Hildebrand, DDr. A. Müller, A. Vischer, H. Iselin:

Aus dem

Jahresbericht über die Chirurgische Abteilung des Spitals in Basel pro 1903.

(Buchdruckerei Kreis, Basel, 1904.)

Casuistik.

(Pag. 48/49).

Pancreascyste.

25jährige bis dahin gesunde Pat. Vor 3 Wochen plötzliche heftige Schmerzen in der Magengegend. Mehrmaliges Brechen. Die Schmerzen dauerten 3 Stunden an; damals bemerkte die Kranke zum erstenmal eine Geschwulst in der Magengegend.

Status: In der linken und oberen Hälfte des Abdomens findet sich eine kindskopf grosse, flach proeminierende Geschwulst. Sie ist glatt und ziemlich verschieblich und kommt unter dem Rippenbogen hervor.

Diagnose: Cystischer Tumor im Bauch (Pancreascyste?).

Operation: Bei der Eröffnung des Abdomens am l. Rectusrand sieht man eine glatte kindskopfgrosse Cyste mit dünner Wand und bläulich durchscheinendem Inhalt. Es wird ringsum tamponiert und dann durch Incision (nach vorhergehender Punktion) der Cysteninhalt entleert. Links in der Tiefe findet man mit der ersten innig verbunden eine zweite ca. faustgrosse Cyste. Es gelingt, diese uneröffnet herauszuschälen. Die entleerte Cyste wird soweit als möglich vorgezogen und konstatiert, dass sie vom Schwanz des Pancreas ausgeht. Nahe am Ansatz des Cysten-

stiels ist eine dritte, walnussgrosse Cyste. Sie wird vom Inneren des grossen Sackes aus eröffnet. Die Wand desselben wird in die Wunde eingenäht, das Ueberschüssige davon wird abgetragen. Um die eingenähte Cyste und in diese hinein kommt Jodoformgaze. Im übrigen wird die Bauchwand in Etagen geschlossen.

3 Wochen nach der Operation tritt Patientin mit reizlos vernarbter Wunde aus,

---

Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt, Dr. J. Fahm
und med. prakt. Th. Dieterle, Basel:

Aus dem

Jahresbericht des Kinderspitals in Basel pro 1903.

(Buchdruckerei M. Werner-Riehm, Basel, 1904.)

Casuistik:

(Pag. 52 und folg.)

Atresia ani et recti. — 2 Tage alt; Zangengeburt, schwächliches Kind, bisher alle Nahrung gebrochen. Analöffnung fehlt, beim Schreien wölbt sich die Haut etwas vor. *Operation:* Von einer Längsincision unterhalb des Steissbeins wird vergeblich nach einem Rektum gesucht; Hautnaht. Incision oberhalb der linken Leistengegend; ein grosses cystenartiges Gebilde wird als dilatierte Harnblase erkannt; Verlängerung der Incision nach hinten macht das geblähte, dunkelviolette Colon descendens sichtbar; Anlegung eines Anus præternaturalis; eine rasch um sich greifende Phlegmone der rechten Gesichtshälfte führt zum Exitus. *Sektion:* Atresia ani et recti, dilatatio vesicæ urinariæ, ureterum, hydronephrosis bilateralis, phlegmone faciei.

Hernia umbilicalis. — $1^{9}/_{12}$ J. Taubeneigrosse Hernie, Bruchpforte für den Zeigefinger durchgängig. Behandlung mit Paraffininjektion: 13 Tage später: Hernie kommt beim Schreien nicht heraus; um den Nabel ein derber, subkutaner P.-wall fühlbar.

1 J. Vor 2 Monaten auf der Kinderpoliklinik mit subkut. Paraffinpelotte versehen; seit einigen Tagen tritt der Bruch in seiner alten Grösse wieder aus. Bruchpforte für den Zeigefinger durchgängig. *Operation:* Umschneidung des Nabels, Loslösung und Abbinden des narbig verwachsenen Bruchsackes. Verschluss der Bruchpforte. — Heilung p. p.

Cystitis. — $2\,^4/_{12}$ J. Vor einem halben Jahr auf der Poliklinik wegen Cystitis behandelt; seit 2 Tagen schreit das Kind beim urinieren; bei der Defäkation prolabiert das Rectum. Katheterisierter Urin enthält Leukocyten, Blasenepithelien und Colibacillen: Colicystitis: Urotropin. Subjektive Beschwerden schwinden in wenigen Tagen.

13 J. Seit 1 Monat unbestimmte Schmerzen im Becken, besonders beim Gehen. Obstipation, vor 8 Tagen Fieber. Urin sauer, enthält $^1/_2\,^0/_{00}$ Eiweiss, viele Leukocyten, Plattenepithelien, keine Zylinder, Colibacillen und Coccen: Helmitol, Salol.

Vaginitis gonorrhoica. — 2 Fälle von 8 und $8^1/_2$ Jahren; geheilt. Infektion durch Schlafkameraden. Behandlungsdauer 1—2 Monate. Spülungen mit Alaun. acet. Ichthyol.

Enuresis nocturna et diurna. — 8jähriges, kräftiges, erregbares Mädchen. Therapie: Wecken — energische Drohung. Im Spital nie Bettnässen. Heilung bleibend.

Meningocele. — $^1/_2$ Tag alt. Geburt normal. Wenig Fruchtwasser. Ueber dem Kreuzbein befindet sich ein breit aufsitzender, kleinkindskopfgrosser, fluktuierender, weichelastischer, schwappender Tumor. Haut darüber dünn, fleckweise rot, an einer Stelle der oberflächlichen Epidermis entblösst, daselbst sickert klare, gelbseröse Flüssigkeit heraus. In der Mitte des Sakrums, wo der Tumor aufsitzt, eine für die Fingerkuppe durchgängige Lücke. *Operation:* Durch Punktion werden 330 cm³ klarer, gelber Flüssigkeit entleert; spez. Gewicht 1010. Der Tumor wird durch einen an seiner Basis circulär verlaufenden Schnitt entfernt. Durch die Lücke im Sakrum tritt ein bleistiftdicker Strang heraus. Dieser besteht aus Gefässen und einzelnen Nervensträngen. Er verläuft eine Strecke weit auf dem Boden des Tumors, um sich, immer schwächer werdend, ganz zu verlieren. Durchtrennung des Stranges am Sakrum, Unterbindung der Gefässe. Vereinigung der Haut über dem Stumpf durch Knopfnähte.

$4\,^1/_2$ J. Geburt normal. Gleich nachher wurde eine Geschwulst am Rücken bemerkt. Ueber der Brustwirbelsäule ein gut gänseeigrosser Tumor, dessen längsovale Basis $6\,^1/_2$ cm misst. Auf der Höhe der Geschwulst ist die Haut etwas verdünnt, glänzend und durch ein dichtes, durchschimmerndes Gefässnetz dunkelblau verfärbt. Der Tumor ist prallelastisch, fluktuierend. Die Fluktuation pflanzt sich auf die grosse Fontanelle fort. *Operation:* Circulärer Hautschnitt an der Basis des Tumors, stumpfes Abpräparieren der Haut vom Meningocelensack. Der Sack sitzt

auf einem gut daumendicken Stiel in einer Oeffnung der Wirbelbögen. Abtragen des Sackes, Vernähen des Stumpfes. Naht der Weichteile und der Haut. Heilung.

Polydaktylie. — $8\,^6/_{12}$ J. Grossvater, Vater und sechs Geschwister (alles Mädchen) 6 Zehen an jedem Fuss; einige davon auch fingerartige Anhänge an den Händen und verwachsene Finger.

5 J. Keine Missbildungen in der Familie. Am l. Fuss befindet sich median von der grossen Zehe eine sechste von gleicher Grösse wie diese.

Kongenitale Verkrümmung des Unterschenkels. — $1\,^4/_{12}$ J. Geburt normal; es wurde gleich nach derselben eine Verkrümmung des rechten Unterschenkels konstatiert. Röntgenaufnahme ergibt im untern Drittel einen ca. 1 cm langen Defekt der Fibula.

Teratom der Schilddrüse. — $^2/_{12}$ J. Keine Missbildungen in der Familie. Geburt normal; am rechten Unterkieferwinkel eine langsam wachsende Geschwulst: gänseeigross, sich vom Proc. mastoideus über die ganze Halsseite und etwas über die Mittellinie nach links erstreckend.

Præaurikulare Anhänge. — $1\,^{10}/_{12}$ J. In der Familie keine Missbildungen. Bei der Geburt wurden kleine Auswüchse vor beiden Ohrenöffnungen bemerkt. Beidseits befinden sich vor der Ohröffnung je zwei erbsengrosse, knorpelige Geschwülstchen.

Sarkoma retrorectale. — $1\,^3/_{12}$ J. Seit 4 Monaten hartnäckige Obstipation, seit 3 Tagen Dysurie. — Blase reicht bis über den Nabel, Katheterismus gelingt leicht, entleert ca. 600 cm³ klaren Urin. Exploratio per rectum lässt einen hühnereigrossen, derben Tumor in der Kreuzbeinaushöhlung fühlen, der die hintere Wand des Rektums vorwölbt, Schleimhaut intakt.

Dr. L. Gelpke, Dr. A. Gräflin und Med. Prakt. H. Frösch, Liestal:

Jahresbericht des Kantons-Spitals Baselland in Liestal für das Jahr 1903.

(Buchdruckerei J. Schaub-Buser, Sissach, 1904.)

Galvano-caustische Uterussonde. Dieselbe ist in verschiedenen Grössen vorrätig, wird mit und ohne vorherige Dilatation des Uterus kalt eingeführt und dann zum Glühen gebracht; sie ersetzt die Dampf-Apparate nach *Pinkus*, in manchen Fällen die Auskratzung. Angewandt wird die

galv. c. Uterussonde besonders bei klimakterischen Blutungen, bei fungöser Endemetritis, bei septischer Endometritis, bei Endometritis gonorrhoischen und andern Ursprungs. Gefahr einer Verödung des corpus uteri infolge ausgedehnter Zerstörung der Schleimhaut scheint nach den angestellten Versuchen ausgeschlossen, da die Schleimhaut nur oberflächlich verbrannt wird. Die Handhabung des Instrumentes ist sehr einfach und kann auch in der Sprechstunde geschehen.

Symphyseotomie bei allgemein verengtem Becken. 38 Jahre alt; kräftige Wehen; der kindliche Kopf befindet sich über dem Beckeneingang. Symphyseotomie und Extraktion mit der Zange. Kind lebt; Allgemeinbefinden der Patientin gut. Symphyse ist gut und solid verheilt.

Sectio cæsarea bei stark verengtem rhachitisch-plattem Becken. 33 Jahre alt; kräftige Wehen. M.m. schon ziemlich stark erweitert; durch den stark verengten Beckeneingang ist der Kopf zu fühlen. Wegen bestehender Beckenenge ist die Geburt unmöglich. *Sectio cæsarea:* Eröffnung des Abdomens in der Linea albea; der Uterus wird herausgewälzt und längs incidiert. Nach Herausnahme des lebenden Kindes zieht sich der Uterus kräftig zusammen; die Uteruswunde wird vernäht und der Uterus nach der Vagina hin mit Jodoformgaze tamponiert. Heilung per primam.

Ein Fall von Uterusruptur. 38 Jahre alt. 9 mal geboren; kräftige Wehen, die seit 2 Stunden aufgehört. Beim Spitaleintritt ist das Allgemeinbefinden gut; Puls ist kräftig und regelmässig. Kleine Kindsteile vorn über der Symphyse deutlich fühlbar. Die Herztöne des Kindes sind nicht nachweisbar. Hintere Scheitelbeineinstellung. In Narkose wird die Wendung gemacht, der nächst liegende Fuss heruntergeholt und ein totes Kind extrahiert. Der Uterus zieht sich nach der Extraktion stark zusammen; die Placenta wird normal ausgestossen; der entleerte Uterus ist hart und kräftig kontrahiert; keine Nachblutung. Am fünften Tage post partum eine mässig grosse Blutung per vaginam, die aber sogleich steht; 3 Stunden später heftige Blutung. Uterus und Vagina werden mit Jodoformgaze fest tamponiert. Puls weich, beschleunigt. Caffein- und Campferinjektionen; Kochsalzinfusion. 2 Tage später plötzlich erneute heftige Blutung, die durch Tamponade wieder zum Stehen gebracht werden kann. Exitus.

Die Sektion ergab einen Riss der vorderen Uteruswand. Die linksseitige Art. uterina war völlig durchtrennt; keine peritonealen Veränderungen.

Dr. Max von Arx, Olten:

Aus dem

Jahresbericht des Solothurn. Kantonsspitals in Olten, pro 1903.

(Pag. 22 und folg.)

(Buchdruckerei des « Oltner Tagblatt », Olten, 1904.)

1. *Abgesackter Abscess in der Medianlinie* zwischen Nabel und Symphyse, wahrscheinlich *perityphlitischer Natur* bei einem 22 jährigen Mädchen.

16. III. Laparotomie in der Medianlinie. Entleerung des scheinbar gänzlich abgesackten jauchigen Abscesses und Drainage der bis auf die Wirbelsäule reichenden, rechts und links starrwandigen Abscesshöhle. 14. IV. Zweite Operation. Incision und Drainage des nunmehr deutlicher gewordenen perityphlitischen Abscesses in der Ileocöcalgegend. 4. V. Dritte Operation: Resektion des proc. verm. Drainage; nach wenigen Tagen Darmfistel in der letzten Operationswunde, aber auch die erste Wunde in der Medianlinie entleert immer noch Stuhl. 3. VII. Vierte Operation: Drainage nach der rechten Lendengegend. 8. VII. Radikaloperation. 4. VIII. Erneute Fisteloperation mit negativem Erfolg.

2. *Entleerung eines perityphlitischen Abscesses in die Blase.*

14 jähriges Mädchen hatte zu Hause akute Blinddarmentzündung durchgemacht mit Perforation in die Blase. Resektion des Proc. vermif. in stadio frigido bei ziemlich starken Verwachsungen. Heilung.

3. *Graviditas interstitialis — Sectio cæsarea.*

41 jährige Hausfrau VII-para. Gravidität im fünften Monat: Cervix hart, lässt sich weit nach oben verfolgen, ebenso Uterus, bei leerem Scheidengewölbe; hoher Sitz eines Abdominaltumors, der sich nicht wie ein schwangerer Uterus, sondern eher als dünnwandige Ovarialcyste anfühlt. Kindsteile scheinen unmittelbar unter der äusseren Haut zu liegen. Kindsbewegungen seit 14 Tagen. *Wahrscheinlichkeits-Diagnose:* **Extrauterinschwangerschaft.**

Laparotomie. Der Tumor stellt einen schlaffen, fluktuierenden Sack dar, dessen Wandung vorn von Muskelfasern gebildet, etwas dicker, oben hinten und nach links aber papierdünn ist und die Farbe seines Inhalts stellenweise durchschimmern lässt. Nirgends hat die Tumorhülle die Dicke der Uteruswand im fünften Monat der Gravidität. Die rechte

Tube geht breit in den Tumor über; die linke Tube ist etwas kürzer als die rechte und geht ebenfalls in den Tumor über. *Diagnose:* Graviditas interstitialis. Spaltung des Peritonealüberzuges und der Muskulatur der vorderen Wand; Lösung des intakten Eies mit noch lebendem Kinde und Placenta; dreifache Uterusnaht; Heilung per primam.

4. *Doppelseitiger Ovarialtumor mit carcinomatöser Degeneration.*

51 jährige Pat. von gesundem Aussehen. Abdomen in toto, namentlich in seiner r. Hälfte mächtig vorgewölbt; der grösste Teil seines Inhalts scheint aus einer Tumormasse von verschiedener Consistenz und Provenienz zu bestehen. Laparotomie; ein gewaltiges *Kystom des r. Ovariums* frei in der Bauchhöhle liegend, der untere Teil desselben carcinomatös entartet. Abtrennung des Tumors mit der Tube. Der Douglas und beide Parametrien sowie z. T. das vordere Scheidengewölbe sind ausgefüllt durch das in ein *grosses Papillom umgewandelte linke Ovarium.* Stumpfe Ausschälung mit Schonung des Uterus und der l. Tube. Netz war gesund, dagegen fanden sich auf der Leberoberfläche zahlreiche stecknadelknopfgrosse Metastasen. Heilung.

5. *Eröffnung eines jauchigen abgesackten Abscesses über der Symphyse* wahrscheinlich in Folge einer gonorrh. Salpingitis entstanden. Schwere Sepsis. Heilung nach 2 Monaten.

6. *Partus bei Hymen rigidum imperforatum.*

Dr. Hæberlin, Zürich:

Aus dem

Jahres-Bericht der Privatklinik von Dr. Hæberlin in Zürich pro 1903.

(Buchdruckerei Müller, Werder & Cie., Zürich, 1904.)

1. *Tuberkulöse Oophoro-Salpingitis.* Laparotomie wegen ausgedehnter Verwachsungen ausserordentlich schwierig. Unter geringen Temperatursteigerungen entwickelte sich eine ausgedehnte retroperitoneale Infiltration, welche, trotz Incision und Drainage von der Scheide aus, zunahm und erst spät und langsam in Eiterung überging. Dazu gesellte sich ausgedehnte Bronchitis. Bei einem spätern Versuch, ausgiebiger zu drainieren, wurde der Darm verletzt. Unter zunehmender Kachexie trat *Exitus* ein.

Da dies die einzige Infektion ist, welche *Hæberlin* bei Laparotomien seit Jahren erlebte und zwar eben zu einer Zeit, wo das Wartepersonal und auch er selbst mit einem schwer septischen Patienten täglich in intime Berührung kam, so möchte Hæberlin das unglückliche Ereignis diesem Umstande zuschreiben.

2. Zwei Fälle von Puerperalfieber kamen mit vorgeschrittener *Peritonitis acutissima* in Behandlung. In einem Falle wurden Abortreste zurückgelassen, im andern wegen Blutung die Placenta manuell gelöst. Die breite Eröffnung des Abdomens in der Mittellinie mit Drainage gegen die Vagina brachte beidemal vorübergehend Erleichterung.

Collargol extern und intravenös augewendet hatte, im erstern Fall keine sichtbare Wirkung. Die Patientin erlag ihrer allgemeinen Peritonitis und die Section zeigte eitrige Thromben im linken Parametrium.

Wegen des hochgradigen Ileus wurde im zweiten Fall *Atropin** subcutan verabreicht. Zu den Symptomen der Sepsis gesellten sich noch jene der Atropinwirkung und das Resultat war Collaps. In Zukunft würde Hæberlin kleinen Dosen eventuell wiederholt den Vorzug geben, um die Reaktionsfähigkeit zu prüfen.

3. *Appendicitis perforativa.* 76jährige Frau. Die Drainage wirkte anfänglich sehr günstig, doch trat allmählich Herzinsuffizienz auf und starb Pat. nach 3 Wochen.

4. *Peritonitis acutissima. Sepsis.* Junges Mädchen, das früer gelegentlich über Bauchschmerzen klagte, dann plötzlich schwer erkrankte. Bei der Incision fand man eine gangrænöse, durch einen entzündlichen Strang abgeknickte Dünndarmschlinge mehrfach perforiert. Exitus 5 Stunden nach Incision.

5. *Peritonitis perforativa mit ausgedehnter Eiterung.* Intervention: günstiger Ausgang.

6. *Pyelitis.* Incision und Drainage wirkte sehr günstig. Während der Rekonvaleszenz kam es zu Infektion der schon bestehenden rechtsseitigen Hydronephrose. Diesem neuen Angriff war die sehr fettreiche Frau nicht gewachsen.

7. *Carcinoma mammæ.* 87-jährige Frau mit ulcerösem Brustkrebs. Die Operation (Entfernung der Mamma, der Pectorales und der axillaren

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 34 : *Dr. G. Hæmig :* « Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben ».

Drüsen) wurde überraschend leicht ertragen, die ausgedehnte Wundfläche heilte per primam. Unterdessen machte die schon längst bestehende Nephritis parench. chron. Fortschritte und führte zum Tode.

8. *Rupturierte Eileiterschwangerschaft.* Patientin kam in sehr ausgeblutetem Zustande in die Klinik. Sehr intensive Kolikschmerzen. Wirkung des Morphiums auf das geschwächte Herz wahrscheinlich ungünstig. Exitus.

IV.

Mitteilungen aus der Praxis.

Dr. Hans AMBERG, Luzern:

Ein Fall von Skolikoiditis * perforativa in einer Schenkelhernie und dessen Beziehungen zur Enteroptose.

Aus der chirurgischen Abteilung der kantonalen Krankenanstalt Luzern.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, pag. 152, 1904.)

74 Jahre alte Frau; seit 2 Jahren eine rechtsseitige, eigrosse Schenkelhernie; am 28. Mai 1903 plötzlich starke Bauchschmerzen; keine Taxisversuche. Häufiger Brechreiz, jedoch kein Erbrechen, letzter Stuhl am 28. Mai, Winde immer vorhanden, Gefühl von Kollern im Leib. In der Leistengegend keine besonders starken Schmerzen.

30. Mai: *Spitaleintritt.* Senile Patientin, Puls ordentlich, Zahl 80. Abdomen mässig aufgetrieben und gespannt, tympanitisch bis zwei Finger breit über dem rechten Lig. Pouparti, wo in der Gegend der Schenkelpforte eine ungefähr gänseeigrosse, druckempfindliche Geschwulst sich befindet. Haut gerötet, aber noch verschieblich. Temperatur 37°. *Enteroptose.*

30. Mai: Operation. Lokalanästhesie mit Cocain. Hautschnitt über die höchste Proeminenz parallel dem lig. Pouparti. Bruchsack ganz schwarz, übelriechendes Bruchwasser und ein ganz freiliegender, an zwei Stellen perforierter Wurmfortsatz. Abtragung des Processus an der Basis nach Quetschung mit einem Schieber und Anbringung einer Durchstechungsligatur. Drainage. Heilung.

Wie ein ganz flüchtiger Blick in die bezügliche Litteratur ** lehrt, sind ähnliche Erkrankungen vorwiegend bei *Frauen in vorgerücktem Alter* beobachtet worden.

* Die von Notnagel vorgeschlagene korrektere Bezeichnung für Appendicitis.
** Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 192 und p. 196,
und *Gyn. Helvet.* IV, p. 231.

Amberg tritt nun der Frage näher, inwiefern die Enteroptose beim Zustandekommen der Skolikoiditis beteiligt ist.

Die senil gesteigerte Enteroptose, verbunden mit verminderter Resistenzfähigkeit des Gewebes bedingt eine grössere Disposition zur Skolikoiditis; wir müssen daher notwendigerweise bei den ältern besonders mit Hernien behafteten Frauen einen *relativ* grossen Prozentsatz von solchen Erkrankungen finden.

Die *Prognose* scheint bei rechtzeitigem Eingriff trotz des hohen Alters nicht ganz ungünstig zu sein. Obschon die gangränös nekrotische Form der Endzündung mit Neigung zu Perforation vorwiegt, so bietet doch die excentrische Lage des Herdes die Möglichkeit einer leichtern Abkapslung und sogar Spontanheilung durch Bildung einer Kotfistel ist nicht ausgeschlossen.

Dr. J. Bastian, Genf:

Ein Fall von rachitischem Becken. 1 Geburt: Perforation; 2. Geburt: Conservativer Kaiserschnitt. Kind ausgetragen.

Un cas de bassin rachitique (D. P. P. M. = 6 ½ centimètres); 1er accouchement: Embryotomie céphalique; 2me accouchement: Opération césarienne conservatrice. Enfant à terme.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 4, pag. 288, 1904.)

30 Jahre alt; erste Geburt im Alter von 28 Jahren; Perforation (nach Dr. Civel. Archives provinciales de chirurgie) wegen beträchtlicher Beckenenge: Sp. 25 cm.; Cr. 28 cm.: Tr. 28; DB. 16½ cm.; Conj. 6½ cm.

Am 19. März 1904 ist die zweite Schwangerschaft so ziemlich am normalen Schwangerschaftstermin angelangt.

Am 22. März 1904 Sectio cæsarea. Uterin-Incision etwas links von der Mittellinie. Die erkrankten linken Adnexe werden abgetragen. Kind wiegt 3 Kilos 350 gr. Die Uterusdrainage wird in den folgenden Tagen successive von der Vagina her entfernt. Temperatur nie über 37.2.

Anmerkung des Ref. Bastian hat seither an der betreffenden Frau zum zweiten Male den Kaiserschnitt mit Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt; dieses Mal aber auch die rechten Adnexe entfernt, um eine neue Gravidität unmöglich zu machen.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p 176: *Dr. J. Bastian:* « Becken mit lumbo-sacraler Kyphose. Ausgetragenes Kind. Konservativer Kaiserschnitt. ».



Dr. H. Chassot, Basel:

Ein Fall von Schwangerschaft nach unilateraler Ovariotomie und partieller Resektion des anderen Ovariums.

Un cas de grossesse après ovariotomie unilatérale et résection partielle de l'autre ovaire.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, N° 5 et 6, pag. 223, 1904.)

Chassot hat die Litteratur der letzten 16 Jahre auf einschlagende Fälle hin durchsucht und zirka 30 Beobachtungen aufgefunden.

Da die Zahl der beobachteten Fälle eine kleine ist, so ist es wohl gerechtfertigt, einen in der Basler Frauenklinik erlebten Fall mitzuteilen:

22jähriges Mädchen: im Sommer 1902 plötzlich auftretende Schmerzen in der Ileocœcalgegend während zwei Tagen; am 31. März 1903 treten dieselben Schmerzen abermals auf; Tumor rechterseits. Spitaleintritt am 20. April 1903.

Regelmässig geformter Tumor, der bis zum Nabel reicht; keine deutliche Fluktuation, aber elastisch. Uterus klein, retroflektiert; rechts davon und nach vorn eine mannskopfgrosse Geschwulst, beweglich.

Diagnose. Cystische Degeneration des rechten Ovariums, wahrscheinlich mit Stieltorsion.

Operation. Rechtsseitige Ovariotomie und Resektion des linken Ovariums, da dieses ebenfalls teilweise cystisch degeneriert war. Stieltorsion der rechten Cyste.

Spital-Eintritt am 23. März 1904; Geburt am folgenden Tage, am normalen Schwangerschaftstermin. Normales Wochenbett; stillt ihr Kind.

Eine kurze Litteraturübersicht ist beigegeben.

Anmerkung des Ref. Ich habe ebenfalls einen hierhergehörigen Fall beobachtet, der inzwischen in der Rev. Méd. de la Suisse Romande, N° 1, 1905, zur Publikation gelangte: Exstirpation der rechten Tube und des rechten Ovariums, Resektion des zerklüfteten und zerrissenen linken Ovariums (nach Loslösung aus Adhærenzen), Enucleation eines orangegrossen Myoms der vorderen Uteruswand.

11. XII. 1904 Zangengeburt; II. Vorderhauptslage. Kind lebend. Wochenbett normal.

Prof. Dr. A. Gœnner, Basel:

Hefeanwendung bei Fluor.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, pag 181, 1904.)

Der Bericht über Hefeanwendung bei Fluor aus der deutschen med. W. Nr. 1 in Nr. 4 des Correspondenzblattes, pag. 143, veranlasst Gœnner zu folgenden Bemerkungen:

« Ich wende Hefe seit mehr als 2 Jahren an, anfangs nur gegen Gonorrhoe. Es hat sich aber gezeigt, dass sie auch bei andern Eiterungen wirkt und eine mikroskopische Untersuchung gewöhnlich entbehrlich ist. Am besten ist die frische Bierhefe, viel weniger gut oder auch unwirksam sind die verschiedenen sterilen oder getrockneten Hefen, die unter allerlei schönen Namen empfohlen werden. Kühl aufbewahrt, bleibt die Hefe 7 bis 8 Tage gut; im Sommer 5 Tage. Anfangs hielt ich mich genau an die Vorschrift 2 gr. Hefe, 4 gr. Zucker. Das genügt gewöhnlich nicht; bei weiter Scheide muss man das zwei- oder dreifache nehmen. Ich messe das Quantum Kaffeelöffelweise, verreibe Hefe und Zucker bis daraus eine dickflüssige Masse wird, die man durch ein Röhrenspekulum einführt und damit die Wände der Scheide von oben bis unten bestreicht. Ein Wattebausch hält die Hefe zurück. Auch auf der Vulva wird der Brei aufgetragen, wenn sie entzündet ist. Die Patientin soll womöglich einige Zeit nach der Applikation liegen.

Zum Einführen der Mischung brauche ich nach allerlei Versuchen einen lang gestielten Konfitürelöffel, den ich mir selbst zurechtgemacht habe. Man findet diese Löffel für 50 Cts. bei G. Kiefer, Gerbergasse, Basel. Der Stiel ist zirka 30 cm. lang, trägt am Ende ein rundes Löffelchen von zirka 5 cm. Durchmesser, das im rechten Winkel zum Stiel steht. Es lässt sich leicht mit der Hand so umbiegen, dass es in der Längsachse des Stiels liegt, wie ein gewöhnlicher Löffel. Die seitlichen Löffelränder werden so zusammengedrückt, das man das Speculum passieren kann. Mit diesem Löffel kann man rasch die genügende Menge Hefe in die Scheide bringen, das flache Ende des Stieles dient zum Verstreichen.

Wenn man so verfährt: frische Hefe in genügender Menge und gute Verteilung, so befriedigt das Resultat, manchmal geht es überraschend schnell, was mir namentlich bei einigen Schwangern auffiel, wo die rasche Beseitigung der Gonorrhoe aus den bekannten Gründen besonders erwünscht war.

Ob alles auf Alkoholwirkung beruht, und ob man das Gleiche einfacher durch Alkoholtampons erreichen könnte, habe ich mich auch schon gefragt, kann es aber jetzt nicht entscheiden, vielleicht in einiger Zeit, wenn mir darüber genügende Erfahrung zu Gebote steht. »

Prof. Dr. A. Gœnner, Basel*:

Die Berechtigung und die Indikationen der Konzeptionsverhinderung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 8, pag. 265, 1904.)

Gœnner macht einen Unterschied zwischen der Berechtigung und der Indikation zur Konzeptionsverhinderung.

Wenn man z. B. gefragt wird, wie gross die Zwischenräume zwischen den Geburten sein sollen, so kann man mit voller Ueberzeugung erklären. dass zweijährige Intervalle am Platze sind. Man handelt im Interesse der betreffenden Frau und ihrer Familie. Immerhin ist das keine absolute, sondern eine relative und nur temporär geltende Indikation. Andere. die *unbedingteGeltung* haben, sind:

1. Beckenverengerungen, die den Kaiserschnitt oder die Perforation erfordern, dann

2. *Diejenigen Krankheiten, welche durch die Schwangerschaft und die Geburt so sehr verschlimmert werden, dass die Mutter in Lebensgefahr gerät und das Kind wenig Aussicht hat gesund zu bleiben.* Auch wenn die Mutter allein ernstlich gefährdet erscheint, die Frucht aber nicht, soll die Schwangerschaft vermieden werden. Hierher gehört die *Tuberkulose* und zwar nicht nur die vorgeschrittenen Fälle, sondern hauptsächlich die beginnenden und die der Tuberkulose verdächtigen. Lichtenstein (die antikonzeptionellen Mittel) ist der Ansicht, dass auch Tuberkulose des Mannes als Grund für Sterilität zu gelten habe. — Bei *Herzfehlern* schadet die Gravidität gewöhnlich auffallend wenig, die Entscheidung wird von Fall zu Fall eine verschiedene sein, gewöhnlich wird es sich nur

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 26: *Prof. Dr. A. Gœnner:* « Die Berechtigung des künstlichen Abortes und der Perforation des lebenden Kindes etc. ».
Siehe *diesen Jahrgang,* Mitteilungen aus der Praxis: *Dr. A. Kraft:* « Die Berechtigung zur Indikation der Konzeptionsverhütung ».

darum handeln, längere Pausen anzuraten. — Was man früher *Schwangerschaftsniere* hiess und neuerdings geneigt ist, als *Nephritis* aufzufassen, kommt bei einer neuen Schwangerschaft leicht wieder und kann durch Eklampsie und seltener durch Uebergang in chronische Nephritis das Leben gefährden. — Bei *puerperalen Psychosen* wollen die Angehörigen von weiteren Kindern nichts wissen, auch wenn man auf die meist gute Prognose aufmerksam macht. — Bei Lues ist die Schwangerschaft zu vermeiden bis beide Ehegatten gesund sind.

Atonische Blutungen in der Nachgeburtszeit wiederholen sich bei der gleichen Frau leicht, besonders, wenn die Geburten sich rasch folgen. Mitunter sind sie durch Missbildungen des Uterus bedingt. Sie können so schwer sein, dass das Leben ernstlich bedroht wird. In solchen Fällen ist es gewiss berechtigt, der Sache ein Ende zu machen, bevor es einmal schief geht.

Gœnner war einmal im Fall wegen *Wucherung von zurückgebliebener Decidua* vor weiteren Geburten zu warnen. (In der Aszendenz der betreffenden Frau waren mehrere Karzinomfälle vorgekommen.)

Lichtenstein erwähnt weiter als Indikationen: *Osteomalacie, Uteruskarzinom, perniziöse Anæmie* und *Lepra*. — Nach *Krankheiten, die den Organismus stark geschwächt haben,* ist bis nach vollständiger Wiederherstellung Gravidität nicht zuträglich. *Myome* und *andere Geschwülste,* sowie *Entzündungen der Beckenorgane* können ebenfalls eine Schwangerschaft kontraindizieren.

R. Guillermin, cand. med., Genève:

Anomalie einer Zwillingsplacenta.

Anomalie d'un placenta de jumeaux.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 6, pag. 428, 1904.)

Die geburtshülfliche Poliklinik von Prof. Jentzer wurde wegen einer Zwillingsschwangerschaft in Anspruch genommen; das erste Kind in erster Steisslage wurde ohne Schwierigkeiten extrahiert; die zweite Fruchtblase, die sich in der Vulva stellte, wurde künstlich gesprengt und enthielt blutig gefärbtes Fruchtwasser. Unvollkommene Fusslage. Extraction.

Das erste Kind ist normal, das Zweite misst 38 cm. (vom Scheitel zur Steissbeinspitze 27 cm.) und wiegt 2100 gr.; es war maceriert.

Die Placenta ist doppelt, durch eine Brücke verbunden.

Fœtale Fläche der doppelten Placenta.



Fig. 45.

P. Brücke, die die beiden Placenten verbindet. — M. Placenta des macerierten Fœtus. — S. Placenta des normal entwickelten Fœtus. — AA. Amnios. — CC. Chorion.

Die Zwillinge stammen aus zwei verschiedenen Eiern.

Guillermin hat die Placenta des macerierten Fœtus injiciert, um die Gefässverhältnisse eingehender zu studieren; eine beigegebene Tafel in Farbendruck erklärt besser als jeder Text die vorliegenden Verhältnisse.

Dr. A. Kraft, Zürich:

Die Berechtigung zur Indikation der Konzeptionsverhütung*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Arzte, Nr. 10, pag. 337, 1904.)

Kraft vermisst in dem Gœnner'schen Aufsatze erstens die Besprechung des *Congressus interruptus,* dann die *Berücksichtigung der national-ökonomischen Seite der Frage*:

Es kann die Konzeptionsfrage nicht bloss in klinischer Hinsicht behandelt werden, sondern es muss die Frage durchaus im Zusammenhange mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben besprochen werden. Sache des Arztes wird es sein, zu beweisen, dass die künstliche Sterilität aus volkswirtschaftlichen Gründen auch befürwortet werden muss. Zeigt er, dass die Frau durch zahlreiche Geburten schwer gesundheitlich geschädigt und gefährdet wird etc., dass also die Rücksichten auf Leben und Gesundheit der Frau die künstliche Sterilität nicht selten gebieterisch fordern, dann wird er zur Bekräftigung seiner Stellungnahme nur einen kleinen Schritt weiter gehen, aber er wird in's volkswirtschaftliche, national-ökonomische Gebiet hinübertreten müssen. Das Ansehen des ärztlichen Fachgewissens wird dadurch nicht geschädigt, sondern nur erhöht, weil die Wichtigkeit desselben der Allgemeinheit einleuchtender vor Augen geführt wird; aber der Arzt muss dies selbst besorgen, dazu ist selbstverständlich nötig, dass er über national-ökonomische Kenntnisse verfügt. Ein grosser Teil seiner Wissenschaft steht heute im Dienste der Volkswirtschaft und nimmt unter den staatlichen Bestrebungen einen angesehenen Posten ein (Hygiene).

Prof. Gœnner bemerkt dazu an gleicher Stelle folgendes: « Der Coitus interruptus wird meines Wissens allgemein widerraten, sowohl von den Lehrbüchern, als auch von den Aerzten ihren Patienten gegenüber. Deshalb habe ich nichts darüber gesagt; meine Ansicht war, das zu erwähnen, worüber die Lehrbücher schweigen und etwa was strittig ist.

Die national-ökonomische Seite der Angelegenheit ist nicht so einfach; ich betrachte mich darin nicht als kompetent und so wird es auch andern Kollegen gehen; darum halte ich es für richtiger, sie den Fachleuten zu überlassen. Natürlich macht sich jeder seine Gedanken über die Fruchtbarkeit mancher Völker und die relative Sterilität anderer. Das ist auch psychologisch ganz interessant, aber man denkt und sagt manches, lässt es jedoch nicht drucken, Verba volant, scripta manent.

Wenn Herr Dr. Krafft, der in der Nationalökonomie besser bewandert ist als ich, seine Ansicht veröffentlicht, so werde ich sie mit Interesse lesen. »

* Siehe *diesen Jahrgang,* Mitteilungen aus der Praxis: *Prof. Dr. A. Gœnner*: « Die Berechtigung und die Indikationen der Konzeptionsverhinderung ».



Dr. E. Lardy, Genf:

Traumatische Osteomalacie.

Ostéomalacie traumatique.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 2, pag. 135, 1904.)

Die Zahl der bis jetzt sicher bekannten Fälle von traumatischer Osteomalacie ist keine beträchtliche, weshalb *Lardy* eine hierher gehörige typische Beobachtung der Oeffentlichkeit übergeben will:

17-jähriges Mädchen mit Knochendeformationen der untern Extremitäten; Locomotion beinahe unmöglich; wurde gestillt und war die Entwicklung eine normale, ebenso die Dentition; hat mit 11 Monaten begonnen zu gehen; im Alter von 2 Jahren fiel Patientin und zog sich dabei eine Fraktur des rechten Femur zu; Heilung nach 3 Monaten; eine gewisse Schwierigkeit beim Gehen blieb zurück; im Alter von 5 Jahren unbedeutender Fall im Zimmer und abermals Oberschenkelbruch an derselben Stelle; Consolidation in der gesetzmässigen Zeit; im Verlaufe desgleichen Jahres nach einem geringfügigen Fall Fraktur der linken Tibia, im untern Drittel; lange Heilungsdauer; nach einigen Monaten zum dritten Mal Bruch des rechten Oberschenkels an der früheren Stelle; Monate langes Krankenlager; bei Verlassen desselben grosse Schwierigkeiten zu gehen und Schmerzen in den Beinen. Vom 8. Lebensjahre an begann die rechte Tibia, die nie frakturiert war, sich zu biegen. In diesem Stadium kam Patientin in *Lardy's* Behandlung.

Während der Thorax und die obern Extremitäten normal und kräftig entwickelt sind, sind die untern Extremitäten deformiert und in eigentümlicher Weise gewunden; keine Spur von Rachitis; es existiert ein gewisser Grad von Skoliose mit besserer Entwicklung der linken Thoraxhälfte, wohl herrührend von der bedeutenden Verkürzung des rechten Beines. Das Becken vollständig verzehrt. (Genaue Beschreibung der deformierten Teile.)

Diagnose: Jugendliche Osteomalacie mit alter Hydrocephalie.

Aetiologie: Vielleicht Syphilis.

Therapie: Castration, um die osteomalacische Diathese zur Heilung zu bringen; allmähliges redressement der verunstalteten Glieder. Jod innerlich.

Doppelseitige Oophorectomie. Die Ovarien sind ziemlich gross mit zahlreichen Cysten. Osteotomien. Wesentliche Besserung betreffs der defor-

mierten Knochen und des Gehens, aber dafür monatlich sehr unangenehme nervöse Zufälle (Ausfallserscheinungen, Ref.).

Lardy teilt noch einen weiteren Fall kurz mit, der aber den Gynækologen nicht direkt interessiert.

In einer Randnote bricht der Autor noch eine Lanze zu Gunsten der *Verwendung von Seide in der Chirurgie* und stellt gewisse Regeln auf, deren Befolgung gefordert werden muss:

1. Die Seide muss « antiseptisch » sein; sie soll, nachdem sie im Autoclaven verweilt, in Sublimatlösung aufbewahrt werden.
2. Während der Operation soll die Seide direkt der antiseptischen Lösung sauber entnommen werden.
3. Man soll die Seide nicht mit blutigen Händen anfassen, sondern letztere zuerst in Tavel'scher Lösung, in sterilisiertem oder Salz-Wasser abspühlen.
4. Man soll nur feine Seide anwenden; nötigenfalls kann man 2—4 und 8-fache Seidenfäden verwenden; die stärkste Nummer, die in Betracht kommt, ist Nr. 2 der Turner'schen Seide.
5. Für die « verlorenen Nähte » sollen die einzelnen Seidenfäden nicht zu nahe beisammen appliciert und nicht zu fest geschnürt werden, um Gangraen der beteiligten Gewebe zu verhüten.
6. Die oberflächlichen Nähte dürfen mit den Entspannungsnähten nicht in Berührung kommen; diese letzteren sollen so bald wie möglich entfernt werden (nach 24 Stunden), um so ein Eindringen von Bakterien der Hautoberfläche und der Hautdrüsen in die Tiefe zu verhindern.

Dr. H. Nägeli, Zürich:

Ueber einen Fall von vorgetäuschter Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, pag. 363, 1904.)

67-jährige Frau; vor 28 Jahren will sie eine Blinddarmentzündung gehabt haben. Vor 3 Jahren event. eine leichte Perityphlitis; seit dieser Zeit hie und da Schmerzen in der Ileocöcalgegend. Am 7. Mai 1901 plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Iliacalgegend, Erbrechen; am 8. Mai fieberfrei, 76—80 Pulse in der Minute, der Leib weich, die Ileocöcalgegend etwas druckempfindlich, aber keine Resistenz, kein Tumor zu

konstatieren. 9. Mai: Gegen 6 Uhr abends plötzlich sehr heftige, krampfartige Schmerzen, die von der Patientin in die Gegend um den Nabel herum lokalisiert wurden. Lokaler Befund ohne Aenderung. Am andern Tage Flatus, gegen 4 und 9 Uhr wieder heftige Schmerzen, krampfartig. Normale Temperatur, Puls 80—88; Abdomen etwas aufgetrieben, starke Druckempfindlichkeit der Ileocöcalgegend, leichte Resistenz. Schmerzen im Abdomen, unbestimmter Art. 11. Mai: Oelklysma ohne Erfolg. Leib mehr aufgetrieben. Temperatur 38,2, Puls 100—120; heftiger Singultus.

Ein operativer Eingriff (Perforation?) wurde von der Patientin rund abgeschlagen.

Das weitere Bild der Erkrankung, die sich noch bis zum 23. Mai hinzog, war dasjenige einer allgemeinen Peritonitis. Exitus.

Section: Der Processus vermiformis, der ungefähr 6 cm. lang ist, erscheint vollständig obliteriert und nirgends verwachsen; 8 cm. oberhalb des Cœcum findet sich ein ungefähr 5 Centimes-Stück grosses Loch und unterhalb desselben ein zweites kleineres. Von Tuberkulose oder Carcinom war weder makroskopisch noch mikroskopisch etwas zu entdecken; auch keine typhösen Geschwüre.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Nekrose; jedoch konnte für die Ursache dieser eine befriedigende Erklärung nicht gefunden werden; am wahrscheinlichsten dürfte ein mit der Nahrung aufgenommener Fremdkörper die erste Veranlassung gewesen sein.

Der vorliegende Fall ist für den Operateur ein Fingerzeig, wessen er sich allenfalls auch bei einem scheinbar ganz sicheren Fall von Perityphlitis zu versehen hat.

Dr. F. R. Nager, Zürich:

Bericht über die auswärtigen Untersuchungen der Tumorenstation vom 1. Januar 1900 bis 1. Januar 1904.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 10, pag. 332, 1904.)

Wir werden im Folgenden nur das den Gynækologen Interessierende im Auszug wiedergeben:

14 Mesenterialtumoren: Darunter 6 Lymphosarkome. Unter den 8 gutartigen Neubildungen fanden sich eine Lymphcyste, sowie ein Lymphangioendothelioma cysticum (siehe diesen Jahrgang im Kapitel: Dissertationen die Arbeit von *Dr. Nager*).

14 Präparate, die der Bauchwand entstammen: Die 5 Fibrosarkome bei weiblichen Patienten dürften facsialen Ursprunges sein. Carcinome des Nabels fanden sich 4 mal; das eine war wohl eine Metastase eines Abdominalkrebses; man fand später im Pylorus einen Scirrhus; im *Ovarium* glaubte man eine fibröse Entartung zu finden, aber mit Siegelringzellen, so dass die Entscheidung schwankte zwischen Gallertcarcinom und den sogenannten *Kruckenberg*'schen Ovarialtumoren (cf. Arch. f. Gyn. Bd. 50 und Wiener klin. Wochenschrift 1902); schliesslich kam noch zur Beobachtung eine *adenomartige Bildung* des Nabels. die den Verdacht auf *Dottergangsreste* berechtigte.

16 Bruchsäcke: 4 davon wiesen Peritonealtuberkulosen auf; 2 enthielten Krebsknoten, Metastasen von vorher nicht aufgefallenen Abdominalgeschwülsten.

17 Wurmfortsätze: Mit Zeichen bestehender oder abgelaufener Entzündung.

5 Tumoren der Sakralgegend: 3 Peritheliome, 1 Gliom und 1 Teratom. Eines der Peritheliome konnte mit einiger Wahrscheinlichkeit von der Steissdrüse abgeleitet werden.

85 Nieren-Präparate: 53 entzündliche Affektionen. 13 ausgebildete Pyonephrosen und Tuberkulosen. 10 Tumoren, als 4 Sarkome (eines bei einem 4-jährigen Kinde), 2 Mischgeschwülste, 1 malignes Adenom und 2 gutartige Geschwülste. 2 Nebennierentuberkulosen; ferner wurden 12 Hypernephroide-Tumoren untersucht.

12 Blasenaffektionen: 2 Blasensteine, 4 benigne Tumoren, 1 Tuberkulose und 2 Carcinome. Von diesen letzteren war das eine kombiniert mit Tuberkulose.

Im Gegensatz zur Ansicht von Rokitansky, der ein Ausschliessungsverhältnis von Carcinom und Tuberkulose proklamiert hatte, mehren sich in den letzten Jahren die Angaben über die Coincidenz dieser Affektionen in einer Weise, dass man geneigt wäre, heute ein Kausalitätsverhältnis anzunehmen.

165 Uterus-Curettageproben: 104 gutartige Endometritiden, 23 Carcinome aus dem Corpus uteri, 7 maligne *Adenome.* Prof. Ernst hält an der histologischen Sonderstellung dieser letzteren atypischen Drüsen-

wucherung fest. 25 mal wurden Placentarreste von Abort oder Geburt zu Tage gefördert; endlich auch 2 Traubenmolen und *4 Syncytiome* (Chorionepitheliome, im Sinne von MARCHAND).

48 Portio-Excisionen: 31 gutartige Fälle, 14 Carcinome, meist cylinder- und plattenzellige Krebse, aber auch ein sicheres Gallertcarcinom.

80 Fälle von Uteruserkrankungen: 13 Schleimhautpolypen, 27 Myome, 17 Carcinome, 2 Fibrosarkome; das eine wurde durch die Ausschabung vor der Operation diagnosticiert; es bot histologisches Interesse durch den Gehalt an Knorpelinseln und wurde eingehend von DUCHINOFF* bearbeitet; des weiteren kamen zur Beobachtung 5 Myosarkome, 1 Tuberkulose, 3 Blasenmolen, eine in situ im Uterus, sowie 1 Uterusruptur. Ein intraligamentäres Fibromyom enthält drüsige Bestandteile, gehört dadurch zu den von RECKLINGHAUSEN eingehend beschriebenen Adenomyomen; dieser Tumor war ausserdem noch tuberkulös**.

74 Ovarien-Präparate: 25 Oophoritiden, 22 gutartige Tumoren, 18 Carcinome, 8 Sarcome, 1 Endotheliom. (Ueber ein fibro-epitheliales traubiges Papillom des Ovariums und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten hat BETSCHMANN*** berichtet.) Unter den Carcinomen fand sich ebenfalls ein Fall kombiniert mit Tuberkulose; auch eine Dermoidcyste war tuberkulös entartet, während von einer anderen derartigen Cyste ein Plattenepithelkrebs ausgegangen war, der in's Rektum perforierte und den Cysteninhalt sowie Tumormassen in den Darm entleerte.

27 Tubenpräparate: 11 Entzündungen, 7 Tuberkulosen, 1 Sarcom. ausgegangen von den Fimbrien, 8 Tubargraviditäten, teils mit Inhalt.

10 Vaginalaffektionen: 4 Carcinome, 2 Sarcome, darunter 1 Fibrosarcom, eine Metastase des oben erwähnten Uterussarcoms. Ein Tumor aus einer grossen Labie einer Patientin erwies sich als *Testis*. Dadurch wurde bei einer Person von vollkommen weiblichem Habitus und weiblichem Empfinden ein Pseudohermaphroditismus masculinus festgestellt.

* Siehe *Gynæc. Helvet.* IV, pag. 112: *Dr. Z. Duchinoff:* « Riesenzellensarcom des Uterus mit Knorpelinseln ».

** Siehe *diesen Jahrgang,* pag. 102: *Dr. A. Hösli:* « Ueber einen Fall von Fibromyoma intraligamentare adenomatosum mit Tuberkulose ».

*** Siehe *Gynæc. Helvet.* III, pag. 96: *Dr. T. Betschmann:* « Ueber ein fibroepitheliales, traubiges Papillom des Ovariums und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten.

Prof. Dr. A. Nolda, Montreux-St. Moritz:

Ein Fall von kongenitalem Riesenwuchs des rechten Daumens.

(Virchow's Archiv, 178. Band, 1904.)

Fälle von wahrem kongenitalen Riesenwuchs sind verhältnismässig ›lten.

In der Familie sind Missbildungen kongenitaler Art sowohl in der szendenz wie in der Deszendenz nachzuweisen. Bei der Geburt wurde ›fort der vergrösserte Daumen entdeckt. Das Grössenverhältnis zu den ıderen Fingern soll sich im Laufe des Wachstums etwas zugunsten des aumens verschoben haben.

Rechter Daumen: Daumenballen 21 cm. Länge (Metacarpophalangeal-elenk) 10,5 cm, Umfang 12,5 cm; linker Daumen: Daumenballen 11,5 n. Länge 6,5 cm, Umfang 7,5 cm. Also fast eine Verdoppelung.

Ueber die *Aetiologie* dieser Missbildungen ist man noch so ziemlich im nklaren.

Dr. Paul Pfaehler, Solothurn:

Ein Riesen-Ovarialtumor*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 7, pag. 234, 1904.)

Die 42-jährige Frau bemerkte bereits vor fünf Jahren das Anschwellen des Unterbes; derselbe nahm an Umfang beständig zu. Hand in Hand mit der Zunahme des ımors nahm die Ernährung ab. Es stellten sich Atemnot, Herzklopfen, Oedeme der ine und Labien ein.

Status vom 9. Dez. 1903. Das Abdomen ist durch eine gewaltige, 170 cm. im Umɜg und 101 cm. in der longitudinalen Wölbung messende Geschwulst ersetzt; der ppenbogen gewaltig auseinandergetrieben, Spannweite 43 cm. Einen grellen Geusatz zu der Grösse des Tumors bildet die zum Skelett abgemagerte Frau.

Im Bereiche des ganzen Tumors deutliche Fluktuation; Beine und Schamlippen ırk ödematös. Zur Illustration der seitlichen Ausdehnung der Cyste möge die Tatːhe Erwähnung finden, dass der Tumor, als die Patientin die Droschke betrat, von iden Seiten energisch komprimiert werden musste, damit sich die Kranke durch n Wagenschlag hindurchdrängen konnte. (Fig. 46).

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 4: *Dr. Fr. Brunner:* « Ovarialtumor von aussergeıhnlicher Grösse ».

Operation am 17. Dez. Bei der Eröffnung der Cyste stürzten 74 Liter Flüssigkeit heraus. Nach ausgiebiger Erweiterung der Incision gelang die wegen der starken Verwachsungen ziemlich mühsame Auslösung des Tumors.



Fig. 46.

Derselbe erstreckte sich bis dicht unter das Zwerchfell; alle Unterleibsorgane lagen hinter ihm. Die Därme erschienen auffallend klein und leer; die Leber war zum grossen Teil förmlich zu einer dünnen Platte ausgewalzt; ebenso die Milz.

Das Ovarialcystom war vom linken Ovarium ausgegangen. Von den Recti abdom. war kaum noch eine Spur zu finden.

Da es aus den zahlreichen Adhäsionsstellen ziemlich reichlich blutete. so betupfte Pfaehler dieselben mit steriler 10 % Gelatinelösung* und goss auch zwei Tuben in die Bauchhöhle. Einbringen von 1 Liter physiol.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 69 : *Prof. Tavel :* « Die Anwendung der Gelatine zur Verhütung postoperativer Hæmatome ».

Kochsalzlösung in das Cavum abdom., Schluss desselben mit fortlaufender Celluloidzwirnnaht.

Da durch die Operation 74 Liter Inhalt entleert worden waren, so wurde also die Patientin durch den Eingriff von einem Gewicht von ca. 97 kg., also 194 Pfund, befreit. Es wog nämlich ein Liter der stark detritushaltigen Cystenflüssigkeit 1300 gr. und der Balg der Geschwulst ca. 3 kg. Da die Patientin selbst gegen 47 Kilo wog, so durfte PFAEHLER sie füglich als Adnex ihrer Geschwulst bezeichnen. *Heilung.*

Dr. A. RENAUD:

Primäre ulceröse Tuberkulose der grossen Schamlippe.

Tuberculose ulcéreuse primitive de la grande lèvre.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 4, pag. 297, 1904.)

4 Jahre altes Mädchen; rötlich-blaue Schwellung der linken, grossen Schamlippe; tiefe Pseudofluktuation im oberen Abschnitte und auf die innere Fläche übergehend eine torpide Ulceration, die den *Nuck*'schen Kanal und das lig. rotund. frei legt; die Ränder sind ziemlich scharf; der Geschwürsgrund ist gelblich-grau. Die Schwellung erreicht sogar etwas die entsprechende kleine Schamlippe. In der Schamspalte findet man unterhalb des Geschwüres zwei gelblich-weisse Stellen, an Sagokörner erinnernd.

Drüsen klein, hart, nicht schmerzhaft.

Die Anamnese war nicht im Stande, betreffs der Differentialdiagnose des ulcerativen Prozesses Licht zu verbreiten; in Betracht kam: 1. Nekrose, 2. Ulcus molle und 3. tuberkulöses Geschwür.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine grosse Menge von *Koch'schen Bacillen* mit einigen Coli-Bacillen; weder Streptokokken noch Staphylokokken.

Betupfen der Ulceration (nach vorheriger Reinigung mit warmen, adstringierenden Kompressen) mit Jodtinktur und Jodoform-Verband. Die Heilung ging rasch vorwärts und konnten später (nach 14 Tagen) keine Tuberkelbacillen mehr nachgewiesen werden. Der Ursprung dieser *primären Tuberkulose der Vulva* konnte nicht mit Gewissheit eruiert werden.

Dr. F. Wuhrmann, Kilchberg-Zürich:

Narkose mit Chloroform-Bromaethyl $\overline{aa}$ Gemisch.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 24, pag. 795, 1904.)

Die reine Bromaethylnarkose lässt bisweilen im Stiche. Wuhrmann machte nun im Jahre 1896 die Beobachtung, dass die Narkose sich prompt einstellte, wenn er auf das mit Bromaethyl befeuchtete Tuch noch einige Tropfen Chloroform goss. Die Mischung bereitet sich Wuhrmann aus Chloroform Duncan Flockhart & Cie. in Edinburgh und London und aus Bromaethyl puriss. Merk. Als Misch- und Aufbewahrungsgefäss dient ein 35 ccm haltendes, braunes, von 5 zu 5 cm graduiertes Fläschchen, das durch eine Kartonhülse vor Licht geschützt ist.

Zur Einleitung der Narkose werden bei Erwachsenen 5 ccm, bei Kindern 2 ccm des Gemisches auf ein Taschentuch gegossen und letzteres bis circa handbreit dem Gesicht genähert. Je nach der Empfindlichkeit des Einzelnen tritt dann nach $^1/_4$—1 Minute ruhiges Atmen ein; das Tuch wird nun zur Tüte gefaltet und dem Gesicht nahe gebracht. In weiterer $^1/_2$—1 Minute ist meistens die gewollte Narkose erreicht.

Für die Beurteilung, ob ein Patient dieser kurz dauernden Narkose unterworfen werden dürfe, ist Wuhrmann vor allem die Qualität des Pulses ausschlaggebend. Zeigt der Puls im Verlaufe der Narkose Schwächeerscheinung, so wird Aether auf das Tuch gegeben.

Ist die Narkose mit Hilfe des Gemisches nach 1—2 Minuten eingetreten, so wird bei länger dauernden Operationen einfach mit Chloroform oder Aether fortgesetzt.

V.

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.

Geburtshülflich-gynækologische Gesellschaft der französischen Schweiz.*

Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande.

Prof. Dr. M. MURET, Lausanne:

Die operativen Indikationen der Uterusfibrome.

Des indications opératoires des tumeurs fibreuses de l'utérus.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 6, pag. 419, 1904.)

Die Konstatierung eines Uterusfibroms berechtigt noch nicht seine Exstirpation; nur die von dieser Geschwulst ausgehenden Störungen können die operativen Indikationen abgeben. Seit die Prognose der Operationen der Uterusfibroide eine weit bessere geworden ist, haben sich auch die Indikationen zur Operation wesentlich erweitert. Immerhin sind gewisse allgemeine Bedingungen, wie 1. *Alter* und 2. *soziale Stellung* nicht aus dem Auge zu verlieren.

1. Bei jungen Frauen soll man sich stets daran erinnern, dass trotz eines Myoms eine normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt statthaben kann. Bei Frauen, die sich der Menopause nähern, können die Fibrome sich verkleinern, aber andererseits kann sich die Menstruation auch lange hinausziehen und kann nach der Menopause eine Volumszunahme einsetzen. Unter solchen Bedingungen soll man nicht gefährlicher Symptome wegen nicht operieren, man soll sich aber ernster Symptome wegen auch nicht irreführen lassen und selbst bei Beginn der Menopause operieren.

* Siehe deren Statuten im Kapitel: « Verschiedenes » dieses Jahrganges.

Fibrome, die erst nach dem Aufhören der Menstruation Symptome machen, sollen stets operiert werden, denn es handelt sich dann um maligne Degeneration oder um fibröse Polypen.

2. Die soziale Stellung der Patientin spielt bei der Indikationsstellung der operativen Behandlung der Uterusfibrome eine nicht zu unterschätzende Rolle; operiert man ohne absolut zwingenden Grund, dann muss man den Wert des menschlichen Lebens im gegebenen Falle genau abschätzen.

Der Sitz der Fibrome hat kaum einen Einfluss auf die operativen Indikationen, jedenfalls nur insoweit, als von ihm gewisse Symptome abhängig sind (Blutungen bei submucösen Fibromen und Polypen; mechanische Störungen bei subserösen Geschwülsten).

Eigentliche operative Indikationen bilden die Metrorrhagien mit konsekutiver Anæmie und Hydræmie (Enucleation von submucösen Fibromen, Ablation von fibrösen Polypen). Wenn man den gegenwärtigen Stand der operativen Gynækologie in's Auge fasst, dann muss man zur Erkenntnis kommen, dass hier der konservative Standpunkt nicht mehr gerechtfertigt ist. Handelt es sich um weniger weit vorgeschrittene Fälle, dann wird man oft gezwungen sein, auch medikamentös einzuschreiten; haben die Medikamente aber keinen durchschlagenden Erfolg, dann soll man keine Zeit verlieren und operativ einschreiten.

Um die operative Indikation richtig feststellen zu können, soll man sich eingehend mit der Frage der *Reaktion der wiederholten Blutungen auf den Organismus* beschäftigen; die verlorene Menge Blutes spielt dabei eine untergeordnetere Rolle.

Rapide Volumszunahme der fibrösen Tumoren. Man muss dabei zu unterscheiden wissen zwischen Volumszunahme infolge einfacher Hypertrophie, oder Volumszunahme herrührend von einer Degeneration der Geschwulst, von Oedem, von Cystenformation, von Eiterung etc. Hat man es mit degenerierten Fibroiden zu tun, dann muss operiert werden und zwar so frühzeitig wie möglich; dagegen kann sich eine einfache Volumsvermehrung innert gewisser Grenzen halten und keine radikale Intervention notwendig machen. Natürlich müssen hierhergehörige Geschwülste überwacht und bei Vergrösserung operiert werden.

Beweglichkeit. Subseröse, mehr oder weniger gestielte Fibrome, die Schmerzen verursachen, sollen operativ in Angriff genommen werden, besonders auch darum, weil Ascites besteht, weil der Eingriff ein gut-

artiger ist und die Gefahren einer Stieltorsion und Bildung von Peritoneal-Adhærenzen aus dem Wege räumt.

Incarceration. Durch Einkeilung der Fibrome im kleinen Becken können Blasenstörungen (Ischurie, Dysurie, Retention) hervorgerufen werden, besonders dann, wenn die Geschwulstbildung vom Cervix ausgegangen ist; ein operativer Eingriff kann oft schnell nötig werden.

Weitere Momente, die eine Operation indizieren können sind: Kompression der nervösen Plexus des Beckens; Venenthrombosen der unteren Extremitäten und Entwicklung beträchtlicher Varicen; Vaginalprolaps·

Ist die *Albuminurie* durch Kompression der Uretheren hervorgerufen, dann soll operativ eingeschritten werden, ist selbe dagegen auf eine chronische Nierenentzündung zurückzuführen, dann ist ein radikales Vorgehen contraindiziert.

Volumen der Tumoren. Diese drängen manchmal das Zwerchfell in die Höhe und bringen so Störungen in Herz und Lunge hervor; in solchen Fällen kann das Volumen nie eine Contraindikation zum operativen Einschreiten abgeben.

Es können *Verwachsungen mit den Därmen* ebenfalls ein operatives Vorgehen rechtfertigen.

Herzstörungen dürften selten das Messer in die Hand drücken, weil dann der günstige Moment zur siegreichen Bekämpfung bereits längst hinter uns liegt.

Schmerzen der verschiedensten Provenienz können eine operative Indikation abgeben.

Fibröse Polypen, die sich im Cervicalkanal oder in der Vagina befinden, sollen exstirpiert werden; treten Recidive auf, so käme die Hysterectomie in Frage.

Die sarcomatöse Degeneration bildet eine absolute operative Indikation, ebenso das Carcinom.

Es können alle oben angeführten Indikationen fehlen und doch kann der Operateur sich entschliessen, operativ einzuschreiten, dann nämlich wenn der Pat. aus irgend einem Grunde die Entfernung der Fibrome wünscht und wenn die Operation keine grosse Gefahr mit sich bringt.

Die Schwangerschaft und die Geburt können Komplikationen herbei führen, die eine Operation erheischen.

Diskussion:

(Ibid. pag. 612.)

Prof. Roux: ist im allgemeinen mit Muret einverstanden, doch will er für die *Castration* eine Lanze brechen, denn diese letztere Operation ist gegenüber der Hysterectomie eine Kleinigkeit. Auf jeden Fall hat er nach Castration oft ein Aufhören der Blutungen und auch eine Volumsverminderung der Myome beobachtet. Man soll nicht nur die Ovarien, sondern auch die Tuben und einen grösseren Bezirk des lig. lat. exstirpieren. Die Castration ist in denjenigen Fällen indiciert, in denen eine chirurgische Intervention nach bestem Gewissen verschoben werden kann.

Roux wurde oft von Frauen konsultiert, die eine *extreme Anæmie* aufwiesen; man muss darnach trachten, die Frauen dahin zu bringen, den Arzt um Rat zu fragen, bevor sich Herzaffektionen ausgebildet haben: *Fettherz; braune Atrophie.* Roux operiert Patientinnen, die viel geblutet, nie sofort, sondern sucht stets, diese zuerst zu stärken.

Betreffs der Myomotomie zitiert Roux eine Beobachtung eine schwangere Frau betreffend: *Myomotomie ohne Schwangerschafts-Unterbrechung;* eine zweite Schwangere wurde der *Castration* unterworfen, ebenfalls *ohne Schwangerschafts-Unterbrechung.* Besteht ein einziges, gut abtastbares Myom, so führt Roux die Myomectomie aus.

Prof. Rossier: freut sich, dass Roux die Castration in Schutz genommen; gewiss ist und bleibt die Myomectomie die Ideal-Operation. Wird der Uterus allein exstirpiert, so atrophieren die Ovarien gewöhnlich innert 3 Jahren. Zwingt das Myom nicht seines Volumens wegen zur totalen Exstirpation des Uterus, dann führt Rossier gerne die Castration aus, die betreffs der Blutungen beinahe 100 % Heilungen zeitigt und des weiteren 80 % Besserungen (Volumsverminderung).

Dr. Beuttner: Gegen die Castration lassen sich zwei Gründe anführen: 1. Die Myome wachsen ziemlich häufig noch nach der Menopause, wie dies Prof. Müller in Bern dargetan. 2. Es scheint nicht logisch gehandelt, gesunde Organe, die Ovarien, zu exstirpieren, um Krankhaftes, den Uterus mit Myomen, zurückzulassen.

Dr. König: Prof. Müller war ein überzeugter Anhänger der Castration, aber diese ist nicht immer leicht auszuführen und die Fibromyome wachsen ziemlich oft nach derselben. Muret hat als Contraindication der operativen Behandlung der Fibrome die Degeneration des Herzens genannt. König zieht die Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen von Fibrom mit einer gewissen Herzdegeneration. Die daraus resultierenden Störungen stammen nicht von einer echten Myocarditis her, sondern scheinen an die Gegenwart von Myomen gebunden zu sein; denn sie nehmen mit der Volumszunahme der letztern ebenfalls zu; man versteht diesen Causalnexus, wenn man die Hypothese des vasculären und perivasculären Ursprunges der Fibrome berücksichtigt. Das Fibrom wäre darnach eine isolierte Manifestation einer vasculären oder perivasculären Erkrankung. Der Einfluss der Operation auf den Zustand des Herzens kann nicht geleugnet werden; in gewissen Fällen verschwinden mit der Abtragung des Tumors die Herzstörungen, die daher als eine Indication zur Operation betrachtet werden müssen.

Dr. Bastian: hat einen Fall von Prolapsus mit Myom nach der Menopause beobachtet; nach der Total-Exstirpation verschwanden die Herzstörungen, die vor der Operation bestanden hatten. Bastian verbreitet sich des weitern über die Frage der

« atrophierenden Ligatur », die er sowohl per vaginam als vom Abdomen her ausgeführt hat.

Prof. Roux : hat wenig Vertrauen in die atrophierende Ligatur; es bilden sich collaterale Blutbahnen. Die Herzstörungen, die die Uterusfibrome zu begleiten pflegen, können in zwei Gruppen untergebracht werden : Die erste Gruppe umfasst die Fälle von brauner Atrophie, zum erstenmal von den patholog. Anatomen beschrieben; die zweite Gruppe begreift die Fälle von Fettherz, herrührend von einer Veränderung der Blutmischung infolge der Blutungen. Das Fibromyom beeinflusst das Herz fast in gleicher Weise wie dies der Kropf tut; das Herz schlägt falsch; es geht zu viel Blut in die Geschwülste (Pseudoklappenfehler).

Was speziell die Castration anbelangt, so ist für Roux die Heilung der Kranken das Ausschlaggebende. Die Störungen der künstlichen Menopause verschwinden nach 6–12 Monaten nach ausgeführter Castration ; es kann ein bescheidener Schmerbauch zurückbleiben. Roux führt die Castration gewöhnlich längere Zeit vor der physiologischen Menopause aus; er hat aber in einem Falle auch 20 Jahre nach dem Aufhören der Regeln operiert, wegen Zunahme des Volumens der Fibrome. Macht das Aufsuchen oder das Exstirpieren der Ovarien Schwierigkeiten, so wird ein anderes Operationsverfahren als die Castration eingeschlagen. Für grosse Tumoren kommt die Castration selten in Frage, indessen würde er sie jedesmal dann empfehlen, wenn man sich an eine grössere Operation nicht heranwagen will oder wenn der Zustand des Herzens einen grösseren Eingriff verbietet.

Prof. Rossier : Nehmen die Fibro-Myome nach der Menopause zu, so handelt es sich meistens um sarcomatöse Degeneration.

Dr. König : Eine sarcomatöse Degeneration zu diagnosticieren ist sehr schwierig. Die Störungen der Herzaktion bei den Pat. mit Fibromatose sind zweierlei Art, einmal verursacht durch das in die Geschwulst entweichende Blut (Roux), ein andermal unabhängig von event. Blutungen, auch bei Kranken auftretend, die nie oder nur wenig geblutet haben.

Prof. Muret : Hat man ein Fettherz oder ein Herz mit brauner Atrophie diagnosticiert, so ist es wohl besser, sich jeden operativen Eingriffes zu enthalten; bei dieser Sachlage könnte die Herzaffektion keine operative Indication abgeben. Die Castration begünstigt gewisse Komplikationen : Exsudat, Stenose des Collum infolge Atrophie des Uterus, Blutungen nach der künstlichen Menopause. Oft kommt man dabei nicht ins Reine, mit welcher Kategorie von Fibromyomen man es zu tun hat; besteht ein submucöses Fibrom, dann können die Blutungen fortdauern, trotz Castration; auch sind uns Fälle von cystischer Degeneration der Myome post castrationem bekannt; jedenfalls soll die Castration nur in Ausnahmefällen in Anwendung kommen.

Dr. Kummer : hat wegen Fibromyom einige Castrationen ausgeführt, macht aber meistens eine radikalere Operation.

Dr. Betrix : hat 21 mal wegen Fibromyom operiert; das macht $^1/_3$ der überhaupt beobachteten Fälle. Die operativen Indicationen waren meistens gegeben durch Blutungen, Kompression und rasches Wachstum der Tumoren. In vier Fällen waren die operativen Indicationen jedoch ganz spezieller Natur :

In den beiden ersten Fällen handelte es sich um wenig voluminöse Uteri, von kleinen Myomen durchsetzt, die ganz bedeutende Schmerzen verursachten; hier wurde wegen der Schmerzen operiert und zwar von der Vagina her.

In einem dritten Falle war die Indication in puerperalen Komplikationen gegeben (in Eiterung übergegangenes Fibrom). Es handelte sich um ein voluminöses Uterus-

myome; post partum Temperatursteigerung, weshalb die Kranke mit der Diagnose: Puerperale Infektion und Fibromyom in die Genfer Frauenklinik gesandt wurde. Man konstatierte einen Abdominaltumor, der den Nabel 2—3 Querfinger breit nach oben überragte. Lochien nicht übelriechend. Abend Temperatur zwischen 38,5 und 39. *Laparotomie und Total-Exstirpation nach Bumm.* Bei der makroskopischen Untersuchung des so gewonnenen Präparates konstatierte man folgende Läsionen: Die Mucosa ist verdickt und hyperæmisch; auf der hinteren Wand der Uterushöhle ein leichter Substanzverlust, der sehr wahrscheinlich der Placentarinsertion entsprach; an einer anderen Stelle bemerkt man einen weiteren Substanzverlust, dessen Grund eine braune Verfärbung zeigt. Im Myom selbst mehrere Höhlen mit Eiter angefüllt.

In einem vierten Fall endlich handelte es sich um eine 59 Jahre alte Frau, deren Menopause 5 Jahre zurücklag. Seit zwei Monaten hatte sich der Uterus wesentlich vergrössert, dann hatten zu gleicher Zeit heftige Schmerzen eingesetzt, ohne dass per vaginam irgend ein Ausfluss beobachtet worden wäre. Seit einigen Tagen variierte die Abend-Temperatur zwischen 38 und 38,5. Diagnose: Maligne Degeneration; bei der Operation konstatierte man eine Hæmatometra (ca. 2 Liter Blut enthaltend), sowie einen doppelseitigen Hæmatosalpinx, herrührend von einem fibrösen Polypen, der mandarinengross dem inneren M. m. aufsass und eine fettige Degeneration eingegangen war; dieser Polyp schloss den Cervicalkanal hermetisch ab.

Betrix demonstriert noch einen intrauterinen Polypen von Orangengrösse, den er bei einer Patientin entfernt, die von anderer Seite mit Elektrizität behandelt worden war

Dr. Beuttner: Es muss hier noch auf eine interessante Frage eingegangen werden: « Soll man bei der supravaginalen Hysterectomie die Ovarien entfernen oder konservieren (wenn es möglich)? »

Prof. A. Reverdin: exstirpiert die Ovarien mit dem myomatösen Uterus.

Dr. Bourcart: Verfügt über zwei persönliche Beobachtungen, die diese Frage interessieren, einmal handelte es sich um eine totale, vaginale Hysterectomie, das cystische, rechte Ovarium wurde entfernt, während das linke Ovarium belassen wurde; in einem zweiten Falle, eine Hysterectomie betreffend, konnten beide Ovarien erhalten werden.

Dr. Beuttner: Es müssen hier zwei Fragen auseinander gehalten werden: 1. Soll man nach einer supravaginalen Hysterectomie die gesunden Ovarien mitentfernen? 2. Soll man nach einer totalen Hysterectomie die gesunden Ovarien mitentfernen?

Im ersten Falle kann, da noch mehr oder weniger Cervicalschleimhaut vorhanden ist, die Menstruation bis zu einem gewissen Grade erhalten bleiben; denn es existiert ein gewisser Zusammenhang zwischen den Ovarien und der gesamten Uterusschleimhaut. Im zweiten Falle hat es keinen Sinn, die Ovarien zu erhalten, denn diese atrophieren, wenn eine Uterusschleimhaut nicht mehr vorhanden; des weitern könnten die unnötigerweise zurückgelassenen Ovarien später degenerieren. Man soll eventuell so viel Uterusschleimhaut zu konservieren suchen als immer angeht.

Prof. A. Reverdin: Man hat aber gerade geraten, die Cervicalschleimhaut mit dem Thermocauter zu zerstören.

Dr. Beuttner: Das ist richtig; man wollte damit die dort eventuell sich aufhaltenden Mikroorganismen zerstören, doch ist diese Praxis bereits gänzlich verlassen worden.

Prof. J. Reverdin: Sind die Beziehungen zwischen Ovarien und Uterusschleimhaut sowohl vom klinischen als experimentellen Standpunkt aus schon genügend aufgeklärt?

Dr. Beuttner*: Als Zweifel seine Methode der supravaginalen Hysterectomie schuf, hat er die Beziehungen zwischen Collum-Schleimhaut und Eierstöcken nicht ausser Acht gelassen. Ueber die Frage der Atrophie der Ovarien nach totaler Hysterectomie sind wir noch nicht im Klaren; indessen wollen Zweifel, Brennecke, Chroback und Segond diese Atrophie des Bestimmtesten nachgewiesen haben.

Dr. Bastian: führt die Uterusamputation auf der Höhe der Insertion der Scheidengewölbe aus; es bleibt nach diesem Verfahren natürlich sehr wenig Cervixschleimhaut zurück.

Dr. Kummer: erhält wenn immer möglich die Ovarien; er rät aber, die Tuben mitzuentfernen, da von dieser postoperative Infektionen ausgehen können; er konstatiert die Differenz, die zwischen Kranken bestehe, denen man die Keimdrüsen belassen oder exstirpiert hat.

Dr. Bourcart: Soll man gegen die Störungen der künstlichen Menopause Ovarin verschreiben?

Prof. Muret: Das Ovarin hat entschieden auf die Störungen der physiologischen Menopause einen grösseren Einfluss als auf diejenigen der künstlichen Menopause. Muret erhält, wenn möglich, ein Ovarium; war er gezwungen, beide Eierstöcke zu entfernen, so traten Ausfallserscheinungen auf. Die Atrophie der Ovarien nach totaler Exstirpation des Uterus ist nicht genügend erwiesen. Köberle hat nach supravaginaler Hysterectomie eine Extrauterinschwangerschaft zu beobachten Gelegenheit gehabt. In Fällen von kongenitalem Mangel des Uterus hat man gleichwohl konstatieren können, dass die Ovarien funktionierten.

Dr. Beuttner: hat einen hierhergehörigen Fall publiziert: Uterus rudimentarius, ohne Mucosa; bei der vorgenommenen Laparotomie konnten die Ovarien als normal und funktionierend nachgewiesen werden.

Prof. Muret: Warum wurde die Laparotomie ausgeführt?

Dr. Beuttner: Weil die Ovarien periodisch heftige Schmerzen verursachten.

Prof. Muret: Also funktionierten die Ovarien, trotzdem eine Uterusmucosa fehlte.

Dr. Beuttner: Man muss zwischen den Ovarien unterscheiden, die während Jahren mit einer Uterusschleimhaut in Verbindung standen und denen, die dem letztern Einfluss nie unterworfen waren.

* *Anmerkung des Herausgebers:* Es sind während des Jahres 1904 zwei wichtige Arbeiten erschienen, die die Frage des Verhaltens der Ovarien nach Entfernung des Uterus eingehend behandeln:

Mandel und Bürger (*Schauta*'sche Klinik, Wien): « Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter ». Siehe diesen Jahrgang: « Ausländische Litteratur » und

Keitler (*Chroback*'sche Klinik): « Ueber das anatomische und funktionelle Verhalten der belassenen Ovarien nach Exstirpation des Uterus ». Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn. Bd. XX, Ergänzungsheft, p. 686.

Demonstrationen.

(Ibid. pag. 617.)

Prof. A. Reverdin demonstriert einen *Uterus,* der *die drei verschiedenen Formen von Fibromen* aufweist; daneben befand sich noch eine *Ovarialcyste,* die 26 Liter Flüssigkeit enthielt.

Dr. König zeigt einen *fibromatösen Uterus mit Vaginal-Prolaps.* Vaginale Exstirpation.

Dr. Huguenin (Gast) hat bei der Autopsie einer 66jährigen Frau ein interessantes Präparat gewonnen, das er vorzeigt: Auf der hinteren Uteruswand befindet sich ein grosses, cystisches Fibrom, das 2 Liter Eiter einschloss: daneben besteht eine Perforation des Douglas und des Rectum; Adhærenzen mit den Därmen. Ein Jahr vor dem Exitus war eine Probelaparotomie ausgeführt worden.

Dr. Beuttner demonstriert 4 anatomische Präparate, die er nach dem Verfahren von *Pick* an der *Landau*'schen Klinik in Berlin konserviert hat: einen Hydrosalpinx, eine Extrauteringravidität, eine Ovarialcyste und einen intrauterinen Polypen.

Doc. Dr. R. König, Genf*.

Die künstliche Dilatation des Cervicalkanales in der Geburtshülfe.
La dilatation artificielle du col en obstétrique.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 9, pag. 595, 1904.)

König teilt die verschiedenen Methoden der Dilatation in 3 Gruppen:

I. *Langsame Dilatation.* Krause'sche Methode, Laminaria, Hegar'sche und Fritsch'sche Dilatatoren; Tamponade des Cervicalkanales; Einführen eines Ballon.

II. *Relativ schnelle Dilatation.* In den ersten Schwangerschaftsmonaten kommen auch hier die Laminaria-Stifte und die Hegar'schen Dilatatoren in Frage; in einer späteren Periode werden eher die verschiedenen Metreurynter im Anwendung gezogen.

* Siehe *diesen Jahrgang* unter « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften », p. 191: *Dr. v. Fellenberg:* « Die rapide Dilatation der Cervix uteri nach *Bossi* ».

III. *Sehr schnelle Dilatation.*

A. Applikation des Ballon von Champetier de Ribes mit Traktion. Die damit erreichte Dilatation ist zirka 6 cm., sie genügt um einen zertrümmerten Schädel durchzulassen, nicht aber einen intakten.

B. Manuelle Dilatation, einhändige und zweihändige Dilatation; Verfahren von Bonnaire.

C. Dilatation vermittelst metallener Dilatatoren. Es ist das Verdienst von Bossi die instrumentelle Dilatation wieder in die Geburtshülfe eingeführt zu haben. *Leopold* hat dann im Jahre 1902 eine kräftige Lanze für das *Bossi*'sche Verfahren in Deutschland gebrochen. In der Schweiz ist es namentlich de *Seigneux* (Genf), der sich der neuen Methode warm angenommen.

König teilt 6 hierhergehörige Fälle der Jentzer'schen Klinik mit:

Fall 1. (Gynæc. Helv. IV. pag. 32.) Erstgeschwängerte; Cervicalkanal erhalten, für einen Finger durchgängig. Komplete Dilatation wegen Eklampsie in 40 Minuten. Zange. Kind lebend. Mehrere Einrisse der Cervix; Naht. Keine Blutung.

Fall 2. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal wie in Fall 1. In 20 Minuten Dilatation von 6 cm. Cervixriss genäht. Wochenbett normal.

Fall 3. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal lang und vollständig geschlossen. In 30 Minuten Dilatation von 6 cm. Perforation; unbedeutender Cervixriss.

Fall 4. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervix fast verstrichen; äusserer M.m. geschlossen; in 20 Minuten Dilatation von 9 cm. Zange, lebendes Kind, das nach einigen Stunden an Gehirnblutung verstarb. Fieber im Wochenbett.

Fall 5. Drittgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal erhalten, für 2 Finger durchgängig. In 10 Minuten Dilatation von 8 cm. Zange, hintere Ohrlage, enorme Placenta, Perforation; kein Cervixriss.

Fall 6. Erstgeschwängerte. Provocierter Abort im 5ten Monat. Dilatation des sehr rigiden Collum in 30 Minuten. Mannuelle Extraktion; nicht bedeutender Einriss.

Zweimal nur wurde die Dilatation so weit geführt, dass ein intakter Fœtus extrahiert werden konnte. Man dilatiert sehr leicht bis auf 6—7 cm., aber wenn man weiter geht, dann drohen Einrisse.

König ist der Ansicht, dass die instrumentelle Dilatation dann absolut kontraindiciert ist, wenn der Cervicalkanal in seiner ganzen Länge er-

halten ist; da ist es nach der Empfehlung von Bumm besser, die vordere, mediale, vaginale Hysterotomie auszuführen. Man soll das Bossi'sche Instrument durch einen nicht vollständig verstrichenen Halsteil nur dann applicieren, wenn das kindliche Leben keine Rolle mehr spielt; der Halsteil muss aber ordentlich aufgeweicht sein. Bei provoziertem Abortus kann der Bossi'sche Dilatator eventuell in Anwendung kommen und zwar bei Erstgeschwängerten.

Was die Modifikationen anbetrifft, die de Seigneux dem Bossi'schen Instrument hat zu teil werden lassen, so bezeichnen diese einen grossen Fortschritt; aber damit ist das gefährliche Prinzip der Methode nicht aus der Welt geschafft.

Bei Placenta prævia ist die instrumentelle Dilatation zu verwerfen.

Nach König wird der modifizierte Bossi'sche Dilatator im Instrumentarium der Klinik und des Spezialisten einen ehrbaren Platz einnehmen, sich nicht aber in der Geburtstasche des Praktikers finden; sehr oft wird man dessen Applikation umgehen können. Ist das Collum verstrichen oder wenig resistent, so wird man mit Vorteil einen Ballon von Champetier einführen, oder die uni-manuelle Dilatation versuchen. Ist das Collum nicht oder nur wenig verkürzt, so wird man die vordere, vaginale Hysterotomie ausführen.

Diskussion :

(Ibid. pag. 781 und folgende.)

Prof. Rossier: empfiehlt die digitale Dilatation, die ihm gute Resultate gegeben hat; zuerst führt er einen einzigen Finger ein, der nach ca. 10 Minuten gewöhnlich den inneren Muttermund passiert. Hierauf folgt eine Tamponade mit steriler Gaze, indem zugleich die Eihäute etwas abgedrängt werden. Rossier findet, dass de Seigneux die Indikation für die Anwendung seines Dilatators zu weit ausgedehnt hat; er ist vollständig mit der an der Genfer Frauenklinik betriebenen Praxis einverstanden.

Prof. Muret: zeigt das de Seigneux'sche Instrument vor und berichtet über einen Fall, in welchem dieses vorzügliche Dienste geleistet hat. Es handelte sich um eine 42-jährige Primipara; Mittags war das Collum verstrichen, der äussere M. m. aber kaum durchgängig und etwas verdickt; bis Mitternacht war keine Veränderung im Status aufgetreten; äusserer M. m. rigid; 1 Uhr Nachts wird der de Seigneux'sche Dilatator appliziert; der äussere M. m. dilatiert sich, ohne einzureissen, bis auf Fünffrankenstück-Grösse; es werden die Blätter N° II entfernt und stärkere eingeführt; ziemlich starke Wehen. Der Kopf befindet sich in der oberen Hälfte der Excavation. Der Dilatator wird entfernt und der Kopf wird gegen 3 Uhr Morgens fixiert; die Wehen werden spärlicher, der Kopf bleibt hoch stehen; Herztöne variieren; zwischen 7 und 8 Uhr Morgens wird die Zange appliziert. Lebendes Kind, kein Cervixriss. So hat der de Seigneux'sche Dilatator eine gewisse Dilatation einer alten Primiparen gestattet.

Was die Indikationen zur künstlichen Dilatation anbelangt, so sind selbe nicht zahlreich; in Fällen von Eklampsie lässt sich das Collum gewöhnlich leicht manuel dilatieren; in den Fällen von spasmodischer Verengerung des Cervicalkanales gibt man mit grossem Vorteil Narcotica. DE SEIGNEUX empfiehlt die Applikation seines Dilatators nur dann, wenn das Collum verstrichen ist; wir empfinden aber ein wirkliches Bedürfnis nach einer Dilatations-Methode, wenn das Collum noch erhalten ist.

Dr. KÖNIG: ist mit Prof. ROSSIER vollständig einverstanden; auch er kann den DE SEIGNEUX'schen Dilatator dem prakt. Arzte nicht empfehlen. Der « fromme Wunsch » von DE SEIGNEUX, bei einer normalen Geburt die Eröffnungsperiode abzukürzen, ist gefährlich.

Prof. JENTZER: hat nur Erfahrung betreffs des BOSSI'schen Instrumentes, dessen Applikation gefährlich und wenig wissenschaftlich ist. Er kann ebenso wenig wie Prof. ROSSIER den « frommen Wunsch » von DE SEIGNEUX acceptieren. Dieser letztere hat seinen Dilatator an schwangeren Frauen der St. Galler Entbindungsanstalt ohne genügende Indikationen appliziert. — Man muss diejenigen Fälle, bei denen das Collum noch besteht, von denjenigen scheiden, bei denen es nicht mehr besteht. Die Rigidität des Halsteiles bekämpft JENTZER vermittelst warmer Scheidenspühlungen, die gute Resultate geben; einigemale hat er auch Cervixincisionen gemacht. Sein früherer Lehrer Breisky habe sich immer gegen das « Accouchement forcé » feindlich verhalten. In der JENTZER'schen Klinik soll in Zukunft der BOSSI'sche Dilatator selten in Anwendung kommen oder eventuell ganz fallen gelassen werden. Besteht Eklampsie und ist der Cervicalkanal nicht dilatiert, so käme für JENTZER die Section cæsarea in Frage, denn im Gegensatz zu MURET hat er konstatieren können, dass das Collum bei eklamptischen Frauen oft rigide ist.

Dr. CORDÈS: erwähnt den Ecarteur von TARNIER, der gute Dienste leistet; er selbst hat sich einigemale des kleinen Forceps von BARNES bedient, um eine genügende Dilatation bei schon verstrichenem Halsteile herbeizuführen.

Dr. BEUTTNER: bespricht einen eigenen Fall von Dilatation mit dem BOSSI'schen Instrument; es handelte sich um eine Zweitgebärende mit allgemein verengtem Becken. Künstliche Frühgeburt. Vaginalportio verkürzt. M. m. so weit dilatiert, dass bequem der Dilatator eingeführt werden konnte. Während der Dilatation wurde der Puls frequent, ohne dass irgendwelche Blutung auftrat, als aber das Instrument entfernt wurde, da trat eine venöse Blutung auf. Trotz einer Dilatation eines Fünffrankenstückes ging die Geburt nicht weiter und musste mit Ballon interveniert werden.

Dr. BASTIAN und Dr. BOURCART: sprechen über die Wendung mit nachfolgender Extraktion als Dilatationsmittel.

Prof. JENTZER: kann nicht zugeben, dass man eine Dilatation vermittelst der Extraktion des Fœtus erstrebe; denn in solchen Fällen zieht sich das Collum über dem Halse des Fœtus zusammen und erschwert die Extraktion. Eines Tages wurde er von einem Kollegen zu einer starken post partum-Blutung gerufen, da bei nicht genügend erweitertem Collum die Extraktion ausgeführt worden war. In den Fällen von placenta prævia kann man die Extraktion der Wendung nicht immer folgen lassen; man wird dabei oft in die Lage kommen, das Kind opfern zu müssen, um das mütterliche Leben erhalten zu können.

Dr. CORDÈS: ist der Ansicht, dass es bei Eklamptischen stets gefährlich ist, instrumentelle Dilatation zu bewirken.

Prof. A. REVERDIN: wurde eines Tages von einem Kollegen wegen sehr starker Blutung am Schwangerschaftsende gerufen; das Collum war noch erhalten; es han-

delte sich um Placenta prævia; der Kollege wollte tamponieren, Reverdin aber dilatierte manuell den Halsteil bis dass es ihm möglich wurde, Wendung und Extraktion zu machen. Lebendes Kind.

Prof. Muret et Prof. Jentzer. sind darüber einig, dass bei Eklampsie die instrumentelle Dilatation den Allgemeinzustand verschlechtern kann.

Prof. Rossier: ist der Ansicht, dass die Anwendung von mechanisch wirkenden Dilatatoren (Bossi, de Seigneux) sehr selten gerechtfertigt ist; er empfiehlt ganz besonders warme Scheideninjektionen (bis zu 40 Litern), um die Dilatation zu erleichtern; seine diesbezüglichen Resultate sind vorzügliche. Er erwähnt einen instruktiven Fall: Eine ältere Multipara war während 3 Tagen und 3 Nächten unter der Geburt; Kopf beweglich; Dilatation von der Grösse eines Zweifrankenstückes, nach einer Vaginal-Injektion von 40 Liter warmen Wassers, die ca. 30 Minuten in Anspruch nahm, schritt die Geburt rasch vorwärts und war in ca. 10 Minuten beendet. Rossier ist kein Anhänger der Cervixincisionen.

Prof. Jentzer: Die Cervixincisionen haben an der Breisky'schen Klinik in Bern gute Resultate ergeben.

Prof. Muret: Wenn das Collum noch dick und resistent ist, dann haben die Incisionen keine grosse Wirkung; ist der Halsteil verstrichen, dann sind die Incisionen wirksam und ohne Gefahren, aber sie sind schwierig auszuführen; am leichtesten sind sie dann, wenn der kindliche Schädel gegen den Halsteil drängt; das beste Dilatationsmittel aber bleibt immer der Ballon und der vorliegende Kindesteil.

Aus den Verhandlungen des IV. internationalen periodischen Gynkækologen-Kongresses in Rom September 1902.

(Typographie von Joseph Bencini, Florenz-Rom, 1904).

Doc. Dr. Betrix, Genf:

Zur Frage der weiblichen Genitaltuberkulose.

(pag. 373 und folgd.)

Diskussion:

In der Mehrzahl der Fälle von Genitaltuberkulose ist die Grundursache der Erkrankung schwer zu erkennen; denn weder die hereditäre Belastung, noch die klinischen Symptome, noch die lokalen Veränderungen genügen, um diese schwierige und interessante Frage zu lösen. Sind die inneren Geschlechtsorgane allein von der Krankheit befallen oder exis-

tieren andere alte und frische Herde der Tuberkulose? So stellt sich oft die Frage, von deren Beantwortung der Erfolg unserer Intervention abhängt und der sehr selten eine positive Antwort wird.

AMANN hat bereits dieser Schwierigkeiten gedacht, Schwierigkeiten, die weder durch eine aufmerksame klinische Beobachtung, noch durch Feststellungen im Verlaufe einer Operation überwunden werden können, sondern nur durch eingehendes Studium von zur Autopsie gekommenen Fällen. Einen dieser unglücklichen Fälle möchte ich Hier ausführlicher besprechen, da er interessant und lehrreich ist:

Es handelt sich um eine 21 jährige Virgo, die ich am 4. September 1901 in der Genfer Frauenklinik operiert habe.

Diese junge Patientin, verdächtig auf Tuberkulose, war mit 17 Jahren menstruiert, immer ziemlich regelmässig; bis Mitte dieses Jahres waren die Regeln wenig schmerzhaft und wenig stark und die Pat. hatte beinahe nie über Abdominalschmerzen geklagt. Vor 3 Monaten, zur Zeit der Menstruation, starker Blutverlust während 3 Tagen und leichter Blutabgang, intermittierend, während 2—3 Wochen. Von diesem Zeitpunkt an mehr oder weniger konstante und intensive Schmerzen im Unterleibe, besonders rechts. Nach den Regeln gelblicher, ziemlich reichlicher Ausfluss. Die rechte Beckengegend ist ein wenig vorgetrieben, auf Druck sehr schmerzhaft. Blasse Gesichtsfarbe; schlechter Allgemein-Zustand. Der Uterus ist klein, infantil; rechte Adnexe deutlich abzutasten.

Temperatur abends oft zwischen 38°—38,2°. *Die Diagnose* lautete auf Tuberkulose der rechtsseitigen Adnexe oder auf Perityphlitis.

Am 4. Sept. 1901. Laparotomie. Median-Incision von 8 cm. Länge; nach Eröffnung des Bauchfelles stösst man auf solide Adhærenzen, die den Dünndarm, das Epiploon, das Colon und den Uterus verbinden und die rechten Adnexe vollständig verdecken. Mit vieler Mühe und Arbeit gelingt es, die Adhærenzen bei Seite zu schieben und die rechte Tube zu erreichen, die hypertrophiert, verdickt und leicht zerreisslich ist und die mit den Nachbarorganen verwachsen ist Beim Versuch, die Tube zu befreien, entstand im inneren Drittel eine Perforation, durch welche eine kleine Menge gelblicher, dicker, caseiformer Flüssigkeit sich entleerte. Der uterine Abschnitt der Tube wird entfernt und die periphere Partie nach dem Douglas zu verfolgt, wo das abdominale Ende dem Rectum adhærent ist; nach Ligatur des lig. lat. und der Arteria ovarica gelingt es schliesslich, den Eileiter zu entfernen. Die linken Adnexe scheinen

ohne Besonderheiten. Uterus infantil; der proc. vermif. ist normal, aber in der rechten Fossa iliaca adhærent. Keine Perityphlitis. Das Colon und das Beckenperitoneum weisen einige weisslische Knötchen auf, die an Tuberkel erinnern.

Während der 4 ersten Tage post operationem geht Alles seinen normalen Gang, dann aber treten die Symptome einer allgemeinen Peritonitis auf, der die Pat. nach 48 Stunden erliegt.

Die im pathologisch-anatomischen Institut ausgeführte Autopsie zeigt folgende Verhältnisse:

Die Allgemeine-Peritonitis stammt von einer Perforation der vorderen, oberen Rektumwand. Diese Perforation befindet sich auf der Höhe einer tiefen Ulceration der Rektal-Schleimhaut; dicht daneben besteht eine zweite Ulceration, die sich bis zur Serosa erstreckt, ohne indess diese zu perforieren; im Cœcum eine dritte ähnliche Ulceration, ebenfalls tuberkulöser Natur. Diesen Ulcerationen entsprechen auf der äusseren Rektal-Wand Adhærenzen, die bei der Operation zerstört worden waren. Käsige, tuberkulöse Herde im Epiploon und auf dem Serosa-Ueberzug der Leber. Verkäsung und Vereiterung der peribronchialen Ganglien. Trübe Schwellung der Leber. Lungen ohne Besonderheiten.

Diese Beobachtung ist in verschiedener Hinsicht interessant; erstens deshalb, weil im Rektum und Cœcum tuberkulöse Ulcerationen bestanden, die am Lebenden nicht erkannt worden waren und die ohne die Autopsie wohl nie diagnostiziert worden wären. Die Peritonitis, die am Abend des vierten Tages nach der Operation ihren Anfang nahm und der die Operierte erlag, ist auf eine Perforation der Rektal-Wand zurückzuführen, die durch die Zerstörung der Adhærenzen des kranken Eileiters im Niveau der Ulcerationen noch mehr geschwächt worden war.

Ein zweiter interessanter Punkt ist die Konstatierung tuberkulöser Herde in den peribronchialen Ganglien, im Epiploon und auf der Leber. Es ist sehr wahrscheinlich, dass der primäre tuberkulöse Herd in den bronchialen Ganglien sass und dass sich die Krankheit von hier auf hæmatogenem Wege nach der Leber, dem Epiploon und dem Becken, spez. nach dem Eileiter, verbreitet hat.

Es ist einleuchtend, dass, wenn die Pat. nicht erlägen wäre, man die tuberkulösen Affektionen übersehen und somit eine primäre Tuberkulose der Genitalien diagnostiziert hätte.

Dr. Gelpke, Liestal:

Der Murphy-Knopf in der Chirurgie der Baucheingeweide.

(Ibid., pag. 945 und folgd.)

Ein Kapitel der Chirurgie im engern Sinne dürfte die Anwendung des Murphy-Knopfes dennoch auch für den Gynækologen von einem gewissen Interesse sein, da derselbe sich nicht selten z. B. bei schwierigen Exstirpationen plötzlich vor die Aufgabe gestellt sieht, eine Darmnaht, event. eine Darmresektion auszuführen. Für solche Fälle ist der Murphy-Knopf ein kostbares Gut; denn seine Anwendung ist leichter als die Darmnaht und im Bereiche des Dünndarms nicht weniger sicher als die Naht.

Gelpke hat den *Murphy*-Knopf in 36 Fällen angewendet und sind seine Erfahrungen, die auf 6 Jahre zurückgehen, die folgenden:

1. Besonders gut eignet sich der Knopf bei Pylorusresektion zur Einführung des Duodenums in die hintere Magenwand nach Kocher. Liegenbleiben des Knopfes im Magen wurde hierbei nie beobachtet.

2. Darmresektionen, z. B. bei gangrænösen Hernien, Ileus und Carcinomen lassen sich mit dem Knopf leichter, rascher und ebenso sicher ausführen als mit der *Czerny-Lembert*'schen Naht.

3. Ungeeignet ist der Knopf bei der Gastroenterostomie, wegen der Möglichkeit des Liegenbleibens im Magen, besonders bei vorderer Gastroenterostomie.

4. Ebensowenig zu empfehlen ist der Knopf bei Resektionen des Dickdarmes und zwar wegen der Gefahr der Kotstauung.

5. In einem Falle von Resektion des Blinddarmes wegen Carcinom wurde mittels Knopf das Ileum in das Colon transversum eingepflanzt und zwar mit gutem Erfolg. End-Seitenanastamose.

6. Der Knopf ging durchschnittlich zwischen dem 10. und 30. Tag per vias naturales ab, jedoch wurde ein Verweilen bis zu mehreren Monaten öfters beobachtet, ohne dass dadurch die Patientin irgendwie belästigt worden wäre.

7. Perforationen am Rande der angelegten Fistel wurden bei der Knopfmethode nicht häufiger beobachtet, als bei der Naht; es betraf dies in der Regel Fälle von hochgradigem Marasmus und daherigem Ausbleiben rascher und solider Verklebungen.

8. Das Anlegen einer Fistel mittels Knopf nahm durchschnittlich

12—15 Minuten in Anspruch. Ist die Methode auch leichter, so ist doch eine vorherige Einübung an der Leiche unumgänglich notwendig, ebenso kommt viel auf ein gut gearbeitetes Fabrikat an, mit langem Hals, guter Feder etc.

Bis daher etwas Besseres erfunden ist, dürfte die zweifellos geniale Erfindung des Chicagoer Chirurgen gerade den Frauenärzten mit gutem Gewissen zu empfehlen sein.

Medizinische Gesellschaft Basel.

Prof. Hildebrand:

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 3, pag. 95, 1904).

Definitiver künstlicher After, der angelegt wurde wegen einer schweren tuberkulösen Rektalerkrankung. Operation nach dem seit Jahren vom Vortragenden geübten Verfahren: Vereinigung der Bauchwunde zwischen dem auf- und dem absteigenden Darmschenkel, so, dass bei der Heilung zwischen beiden Oeffnungen eine Haut-Muskelbrücke sich befindet. Ein solcher künstlicher After ist vollständig kontinent. Die vorgestellte 17jährige Patientien hat täglich eine durch Irrigation des zentralen Schenkels erzeugte Entleerung und ist die übrige Zeit frei.

Darmverletzung bei Uterusperforation. Präparat. Der Darm war rohrförmig aus seiner Serosa herausgeschält worden.

Dr. Gelpke:

Galvanokaustische Uterussonde.

(Ibid., pag. 568.)

Demonstration einer galvanokaustischen Uterussonde als Ersatz der kaustischen Apparate nach *Pinkus* und Andern; als Ersatz ferner des Thermokauters und teilweise der Curette, bei septischen Zuständen und bei Blutungen, besonders klimakterischen. Es handelt sich nicht sowohl um eine neue Erfindung, als vielmehr um eine Modifikation der bekannten Galvanokauter zur Applikation an die Schleimhaut der Gebär-

mutter. Anwendung: Die Sonde wird kalt eingeführt, für gewöhnlich ohne vorherige Erweiterung des M.m.; Schmerzen unbedeutend, nachherige Bettruhe in der Regel nicht nötig. Versuche an Leichenteilen haben ergeben, dass die Verschorfung nur eine oberflächliche ist, die Sterilisierung dagegen eine vollständige.

Kaiserschnitt und Symphyseotomie.
(Ibid.)

Vorstellung zweier Frauen mit allgemein verengten Becken (Erstgebärende); bei der einen wurde der Kaiserschnitt, bei der andern, weil schon intensive Zangenversuche den Kopf fest in's Becken hereingezogen hatten, die Symphyseotomie gemacht; die letztere Pat. heilte erst nach mehrwöchentlicher Eiterung; jetzt ist das Becken wieder fest, der Gang normal; beide Kinder leben.

Diskussion :

Prof. v. Herff: erweist sich als Anhänger der Symphyseotomie. Sie ist eine Konkurrenzoperation des konservativen Kaiserschnittes, ist einfacher und weniger gefährlich als letzterer. Die Naht der Symphyse ist nicht notwendig. Wie bei Beckenfrakturen genügen Heftpflasterverbände. Die Pubeotomie nach Dœderlein ist der klassischen Symphyseotomie vorzuziehen.

v. Herff ist gegen die Kauterisation des Endometriums mit einem Brenner. Es entstehen Narben, Strukturen, Retentionen, die in gewissen Fällen zur Totalexstirpation des Uterus führen können.

Dr. E. Wormser, Basel :

Ueber die Verwendung von Adrenalin-Kokain* in der Geburtshülfe und Gynækologie.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 23, pag. 753, 1904.)

Die Art und Weise der Wirkung der Mischung ist eine doppelte; sie setzt sich naturgemäss aus den beiden Komponenten zusammen: *Anasthesie* als Effekt des *Kokains* und *Gefässverengerung* bis zur mehr oder

* Im *Zentralblatt f. Gyn.*, N° 48, 1904, schlägt *Prof. H. Freund* vor, das *Kokain* durch das *Eukain B* zu ersetzen, weil letzteres weniger toxisch wirkt und billiger ist.

weniger vollständigen Unterbrechung der Zirkulation als Effekt des *Adrenalins.*

Zur technischen Seite der Frage. Apotheker Dr. Bloch in Basel hat die Mischung kunstgerecht hergestellt und in sterilem Zustand in zugeschmolzenen Glasphiolen in den Handel gebracht. — Die Einspritzung macht Wormser stets mit der *Hackenbruch*'schen Spritze, deren winklig angesetzte, mit Bajonettverschluss zuverlässig festsitzende Kanüle die Arbeit in der Tiefe und an wenig zugänglichen Stellen sehr erleichtert. Bezüglich der Dosierung ist zu bemerken, dass nach Braun auf 100 cm^3 einer 0,1 % Kokainlösung 2—5 Tropfen der Lösung Adrenalin 1 : 1000 zu geben sind.

Indikationen auf geburtshülflichem Gebiete.

Es ist nur die *Vereinigung von Dammrissen* zu erwähnen. Wormser verfügt über 9 Fälle: Die Lokalanästhesie hat den eminenten Vorteil, dass die Dammnaht viel ruhiger und infolgedessen auch exakter ausgeführt werden kann, als wir dies bisher gewohnt waren; ferner ist die Naht dadurch wesentlich erleichtert, dass die Wunde fast gar nicht blutet.

Die Technik der Injektion ist einfach. Wormser sticht an der einen Kommissur, dicht am Wundrand, aber innerhalb der Wunde, zirka $^1/_4$ bis $^1/_2$ cm. tief ein und erzeugt durch Aufpressen auf den Spritzenstempel eine Quaddel; nun wird die Nadel unter fortwährendem Ausspritzen von Flüssigkeit, an der Dammseite der Wunde nach hinten, resp. unten (Richtung gegen den Anus) geführt, bis die ganze Fläche infiltriert ist, dann wird die Nadel bis fast zur Spitze herausgezogen und nun in der Richtung des Scheidenwundrandes vorgeschoben, bis auch dieser vollkommen infiltriert ist. Nun wird die Spritze ganz herausgezogen und auf der anderen Seite in ähnlicher Weise wieder eingestochen. — Beim Einstechen wie beim Vorschieben der Nadel muss man darauf achten, der Wundfläche nicht zu nahe zu kommen, da sonst die injizierte Flüssigkeit aus den zerrissenen Gewebsspalten einfach wieder abläuft. Die Anæsthesie dauert einige Stunden. Die Heilung erfolgt stets per primam.

Indikationen auf gynækologischem Gebiete.

Da ist vor allem das grosse Gebiet der *Scheiden- und Dammoperationen* zu nennen. Die Adrenalindosis darf nicht zu gross genommen werden, weil sonst nicht nur die parenchymatöse Blutung, sondern auch diejenige aus kleinen Arterien zum Stehen gebracht wird (Braun), und so Nachblutungen auftreten können.

Weiter kämen in Betracht: *Chirurgische Eingriffe an den äusseren Genitalien. Wormser* spaltete unter Adrenalin-Kokain-Anæsthesie einen etwas derben Hymen und machte die Exstirpation eines Atheromes und eines Molluscum contagiosum.

Von besonderem Vorteil erweist sich das Adrenalin-Kokain (CRAMER, Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 34, 1903) bei der *Entfernung leicht blutender Karunkeln der Harnröhre,* sowie bei Telangiektasien am Introitus vaginae. WORMSER hat ein grosses Geschwür der Portio vaginalis unter Betupfen mit der Mischung absolut schmerzlos thermokauterisiert, auch bei der *Curettage* ist das *Adrenalin allein* schon öfters empfohlen worden.

Rückenmarksanæsthesie.

Nachdem *Bier* über eine grosse Zahl chirurgischer Rückenmarksnarkosen berichtet hatte, ist die Methode von MARTIN auch für gynækologische und geburtshülfliche Zwecke versucht worden. Prof. BUMM hatte die ersten Versuche über die Kokainisierung des Rückenmarkes bei Gebärenden der Basler Frauenklinik angestellt, Versuche über welche KREIS * berichtete.

Diskussion:

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 24, pag. 801, 1904.)

Prof. v. HERFF: Die Adrenalinkokain-Anæsthesie ist gewiss sehr gut, aber eine ideale Methode ist sie noch lange nicht. So erlebte ich jüngst, dass nach der Operation eines sehr kleinen kompleten Dammrisses unter vaginöser Adrenalinkokain-Anæsthesie mehrere Stunden später qualvolles langdauerndes Erbrechen mit Schwindel, Blässe des Gesichtes und Schwächezuständen eintrat; späterhin etablierte sich eine Randnekrose, die die Heilung verhinderte. Herr Kollege WORMSER hat die BLOCH-sche Mischung empfohlen (Adrenalin 0,0001; Kokain 0,02 in 50 gr. 0,9 % Kochsalzlösung); sie ist für den Krankenhausdienst sehr bequem, aber nicht für die Allgemeinpraxis. Des weiteren kann ich nur dringend davor warnen, diese Adrenalinkokainlösung unverdünnt zu benützen.

v. HERFF hat in letzter Zeit ein leichteres Adrenalinpräparat in Anwendung gezogen — Adrenalinum und Suprarenium —; davon hat er sich Pastillen herstellen lassen nach der Formel II der SCHLEICH'schen Lösungen: Suprarenin. boric. 0,00065, Cocain muriatic. 0,05, Natr. chlorat 0,45. Man braucht dann nur eine solche Pastille in 50 ccm. zuvor gekochtes oder erst nachher zu kochendes Wasser zu lösen.

Die Infiltration der Haut hat v. HERFF verlassen und sich der regionären Anæsthesie nach HACKENBRUCH, dessen Spritze er mit Vorliebe gebraucht, zugewandt.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 39: *Dr. O. Kreis:* « Ueber Medullarnarkose bei Gebärenden ».



« *Auf gynækologischem Gebiete* habe ich die Lokalanæsthesie nur bei plastischen und andern Operationen am Damm und der Scheide benützt, sowie bei Eröffnung von Brustdrüsenabscessen u.s.w. Dennoch beklagten sich einige besonders ängstliche Frauen über Schmerzen und waren sehr unruhig. Erfahrungen über Lokalanæsthesie bei grösseren Operationen, insbesondere bei Bauchoperationen, besitze ich nicht.

In der Geburtshilfe habe ich seit etwa 1 1/2 Jahren, wesentlich im Interesse der Herren Kollegen, sehr viele Dammrisse unter Lokalanæsthesie nähen lassen, anfangs mit Anæsthesin entsprechend den Empfehlungen von Dr. Chassot, später mit Kokain und seit einem Jahr mit Adrenalinkokain.

Lumbalanæsthesie habe ich bislang nicht angewendet. »

v. Herff betont ferner, dass bei einer eventuellen Suggestionsnarkose einige 3—4 Tropfen Chloroform (auch Aether) vollständig ungefährlich seien.

Prof. Gœnner: unterstützt v. Herff in seiner Warnung; auch er sah mit Kokain Vergiftungserscheinungen.

Dr. P. VonDer Mühll: erhebt sich gegen das Prinzip der Suggestionsnarkosen, auch wenn sie mit noch so kleinen Mengen Chloroform gemacht werden. Die unvermeidlichen Chloroformtodesfälle ereignen sich im Beginne der Narkose nach den ersten Tropfen.

Dr. R. Stæhelin: hat ein theoretisches Bedenken. Adrenalin verursacht eine Blutdrucksteigerung. Es sind darum Embolien zu befürchten. Bei Arteriosklerose ist jedenfalls Vorsicht geboten.

Dr. E. Hagenbach: verwendet in der chirurgischen Poliklinik täglich Adrenalinkokain nach der Braun'schen Vorschrift und hat damit noch nie etwas ungünstiges gesehen.

Dr. E Wormser: (Selbstbericht.) Was zunächst die von Prof. v. Herff geübte *Verdünnung* des Bloch'schen Gemisches mit physiologischer Kochsalzlösung betrifft, so wäre dies allerdings eine Komplikation für den Praktiker; sie ist jedoch meines Erachtens nicht nötig. In jedem Fläschchen sind 0,01 resp. 0,02 Kokain und 0,001 Adrenalin enthalten und zwar in 1 ccm. isotomischer Kochsalzlösung aufgelöst. Dieser Inhalt der Fläschchen wird von mir direkt in die Spritze gezogen und unverdünnt verwendet, ohne jeden Schaden. Ich habe das Präparat auch, ausser den mitgeteilten Fällen, des öfteren zu Eingriffen der kleinen Chirurgie verwendet und war stets sehr zufrieden damit; auch von Kollegen und Zahnärzten, die sich desselben vielfach bedienten, habe ich nie etwas Nachteiliges gehört; endlich ist mir in den zahlreichen Publikationen über diesen Gegenstand keine derartige Störung bekannt geworden. Dass die Gefahr einer Kokainintoxikation bei Verwendung des Gemisches sehr viel geringer ist, als bei der reinen Kokainanæsthesie, erklärt sich eben aus der Gegenwart des Adrenalins.

Bezüglich der durch den Adrenalinzusatz bewirkten Rand- und Lappennekrosen ist zu bemerken, dass eine solche nur bei schlecht ernährten, wenig vaskularisierten Wundrändern in Betracht kommen kann.

Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern.

Dr. La Nicca:

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 6, pag. 208, 1904.)

Dr. La Nicca berichtet über einen Fall von « *Sklerema neonatorum* », der zur Heilung kam.

Prof. Walthard:

(Ibid.)

Prof. Walthard macht Mitteilung von einem Falle von « *Chorionepitheliom, in graviditate in der Vagina* » entdeckt, wo er kurzerhand Sectio cæsarea mit Totalexstirpation von Uterus und Vagina machte. Die Patientin ist jetzt einige Monate später ganz wohl und der Hæmoglobingehalt ihres Blutes ist von 30—40 °/₀ auf 65—70 °/₀ gestiegen.

Dr. Dick:

(Ibid., pag. 236.)

Dr. Dick demonstriert ein linksseitiges *Nierensarkom*, das er bei einer Frau transperitoneal entfernt hat, welche vor 6 Monaten von einer Kuh umgeworfen worden war und nachher Schmerzen in der Nierengegend hatte. Der Tumor wuchs rasch und erreichte bald eine beträchtliche Grösse. Es ist alles Nierengewebe zu Grunde gegangen und das Nierenbecken ebenso.

Prof. Walthard:

Indikationen und Kontraindikationen zur Serotherapie der Streptomysosen der weiblichen Genitalien.

(Ibid., pag. 237).

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 64: « Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers ».

Prof. TAVEL:

Bakteriologie der Appendicitis.

(Ibid., pag. 237.)

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 24: LANZ und TAVEL: « Bakteriologie der Appendicitis ».

Prof. TAVEL:

Pericolitis postappendicularis.

(Ibid., pag. 238.)

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 52: « Narbige Pericolitis postappendicularis ».

Dr. WILDBOLZ:

Experimentelles über Nierendekapsulation*.

(Ibid., pag. 239.)

Der Vortragende unternahm in Gemeinschaft mit Herrn Prof. LANZ im Herbst 1902 eine Reihe von Tierversuchen. Da die experimentelle Erzeugung chronischer Nephritiden bei Tieren äusserst schwierig ist, so begnügten sich die beiden Experimentatoren einstweilen damit, die Veränderungen zu studieren, welche die Dekapsulation gesunder Nieren zur Folge hat.

Bei 6 Hunden und 2 Katzen wurde die Capsula propria der einen Niere reseziert und die Tiere 2, 5, 12 und 21 Tage, 2 Hunde erst nach 7 resp. 9 Wochen post operationen getötet.

Die *histologische Untersuchung* der dekapsulierten Nieren ergab, dass sich in 2—3 Wochen nach der Operation rings um die Niere eine neue bindegewebige Kapsel bildete, deren Durchmesser stellenweise das 8 bis 10-fache der Dicke der normalen Capsula propria betrug. Ein Uebergang der Gefässe dieser Kapsel in das Nierenparenchym war nirgends nachzuweisen.

* Siehe *diesen Jahrgang: Dr. Gelpke:* « Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis ».

Die Annahme Edebohls, es entstünden nach der Nierendekapsulation zwischen Nierenparenchym und perirenalem Gewebe zahlreiche Gefässverbindungen, trifft demnach für gesunde Nieren nicht zu; möglicherweise zeigen aber chronisch entzündete Nieren nach der Dekapsulation stärkere Tendenzen zur Anastomosenbildung, wie die normalen Nieren.

Diskussion:

Prof. Girard, Dr. Hedinger, Prof. Dumont, Prof. Asher, Dr. Arnd, Dr. Dick und Dr. v. Fellenberg besprechen die Wirksamkeit solcher Operationen bei den verschiedenen Nierenaffektionen. Der gleiche Vorschlag wurde schon vor Edebohls von Sahli in Bern gemacht und von Kocher eine solche Operation vorgenommen, aber ohne Erfolg. Die Beurteilung der Wirkung einer solchen Operation ist sehr schwierig und die Ergebnisse der Experimente an gesunden Nieren können nicht ohne weiteres auf kranke Organe übertragen werden.

Dr. von Fellenberg:

Die rapide Dilatation der Cervix uteri nach Bossi*.

(Ibid., pag. 453.)

v. Fellenberg teilt 6 hierher gehörige, von ihm im *kantonalen Frauenspital Bern* beobachtete Fälle mit:

I. 24-jährige Primipara. Coma eklampticum; bei verstrichener Portio wird nach *Bossi* in 80 Minuten die Cervix und der M. m. auf 11 cm. erweitert und mit der Zange ein lebendes Kind in Vorderhauptslage extrahiert. Exitus nach 12 Stunden im eklampt. Anfall. Seitlicher Riss der Cervix.

II. 30-jährige Viertgebärende. Pneumococcenmeningitis infolge Pneumonie, bewusstlos; ohne vorhergegangene Wehen wird die Dilatation in 40 Minuten von völlig geschlossener Cervix auf 11 cm. Durchmesser des M. m. gebracht. Der über Becken bewegliche Kopf wird eingepresst und mit der Zange leicht ein kräftiges, lebendes Kind extrahiert.

Bei der Extraction kleiner Riss am äusseren M. m., ohne Blutung. 24 Stunden später Exitus an eitriger Meningitis.

* Siehe *diesen Jahrgang* unter « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften », p. 176, den Rapport von *Doc. Dr. König* und die Diskussion in der « Geburtshilfl.-gynækolog. Gesellschaft der französ. Schweiz ».

III. 25-jährige Zweitgebärende, komatöser Zustand; 2 eklamptische Anfälle. Portio verstrichen. M. m. 2 Frank-Stück gross. Dilatation nach *Bossi*; nach ca. 40 Minuten Extraktion eines asphyktischen, lebenden Kindes mit der Zange. Keine wesentliche Blutung.

IV. Starke Dyspnoe und stark aufgetriebenes Abdomen. Dilatation nach *Bossi* in sehr kurzer Zeit, gefolgt von Extraktion einer abgestorbenen Frucht von ca, 6 Monaten.

V. Myelitis transversa, am Ende der Gravidität. Ileuserscheinungen, weshalb ohne vorhergegangene Wehen bei gut aufgelockerten Weichteilen in 5 Minuten mit dem *Bossi* dilatiert und nun ein quer gelagertes, lebendes Kind am Fuss extrahiert wird. Dabei Riss in der Cervix ohne stärkere Blutung.

VI. Primipara mit rachitisch-plattem Becken. Geburt hatte schon drei Tage gedauert. Kopf im Beckeneingang. Erweiterung des wulstigen M. m. in Narkose mit Bossi von 6 auf 9 cm. Durchmesser. Wegen eingetretener Wehenschwäche Zangenextraktion des Kindes. Kein Riss, keine Blutung.

Es wird nun das *Bossi*'sche Instrument gezeigt und die übrigen *Modifikationen von Frommer, Knapp und Kaiser* beschrieben. — Es ist diese Dilatation eine *unphysiologische Methode;* doch sind die dagegen vorgebrachten Bedenken nicht alle völlig gerechtfertigt.

Bei keiner dieser Frauen kam es zu gefährlichen Blutungen. Am günstigsten wird die Erweiterung sein, wenn die Portio schon verstrichen ist. Bei erhaltener Portio ist eine gute Auflockerung der Cervix von Vorteil. Ferner soll langsam dilatiert werden, je nach der Beschaffenheit der Cervix. Die Risse treten übrigens meist erst ein bei der nachfolgenden Extraktion des Kindes. Atonie nach Entleerung des Uterus war nie vorhanden; die Dilatation regte stets die Wehen im hohen Grade an. Ein «Wiederzuschnüren» des Muttermundes nach Abnahme des Dilatators wurde nie beobachtet, wohl weil das Instrument nach völliger Erweiterung noch ca. 5 Minuten im Muttermunde liegen gelassen wurde.

Indikationen zur Dilatation geben in erster Linie *Eklampsie* ab, ferner event. Herzfehler, Rettung des Kindes, Krankheit der Mutter, Wehenschwäche und beginnende Temperatursteigerung.

Contraindikation (abgesehen von ganz seltenen Fällen) ist *Placenta praevia;* bei künstlicher Frühgeburt ist das Bossi'sche Verfahren, wenn keine weitere Komplikationen von Seiten der Mutter zur raschen Entbindung drängen, mindestens unnötig, da hier die älteren Methoden, vor allen Ballondilatation genügend leistungsfähig sind.

Auf jeden Fall soll der Bossi'sche Dilatator nur auf strenge Indikation hin angewendet werden; er gehört in die Hand des geübten Geburtshelfers.

Diskussion:

Prof. Walthard: hat auch keine stärkere Blutung gesehen; doch soll die Indikation sehr streng gestellt werden und wird sich wohl selten in der Privatpraxis bieten. Es kann auch eine Frau an einem wenig tiefgehenden Riss verbluten.

Dr. Weber: hat in 3 Fällen (Herzfehler, Eklampsie und Nephritis) das Instrument mit gutem Erfolg gebraucht.

Dr. La Nicca: findet, es sei eine gute Bereicherung unseres Instrumentariums.

Dr. Dick: wünschte eine stärkere Beckenkrümmung* und würde das Instrument mit vielen Branchen vorziehen. Er ist auch für strikteste Indikationsstellung.

Dr. Hedinger:

Kongenitale Divertikelbildung im Processus vermiformis.

(Ibid., pag. 480.)

Bei einem Neugeborenen aus dem 8.—9. Schwangerschaftsmonat, der unter der Geburt starb und welcher von Dr. von Werdt dem pathologischen Institut zur Autopsie übersandt wurde, fand sich neben einer Missbildung des Penis, die zu Urinretention und papillärer Hyperplasie der Harnblasenwand und zur Erweiterung beider Nierenbecken geführt hatte, in einer kleinen Umbilikalhernie den Processus vermiformis durch einen dünnen Bindegewebsstrang fixiert. Der Processus selbst war in seinem distalen Drittel verdünnt und mit zahlreichen kleinen subserös gelegenen Knötchen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung des in Serien zerlegten Proc. vermif. zeigte, dass es sich hier um multiple Divertikelbildungen handelte. Hedinger hat den Fall eingehend in Virchow's Archiv, Band 178, 1904, beschrieben und auf einer Tafel 5 mikroskopische Abbildungen beigegeben.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, Tafel X : A : Die Abbildungen des *Uterus-Dilatator nach Dr. de Seigneux.*



Dr. Scheurer:

Grosse Vaginalcyste.

(Ibid., pag. 604.)

27-jährige Patientin, leidet seit mehr als 10 Jahren an Prolapsgefühl; 2 normale Geburten, 1 Abort. Der Beckenkanal ist zum grössten Teil angefüllt von einem über faustgrossen, cystischen Tumor, der bis in die Nähe des Introitus vaginae herunterreicht und sich beim Pressen mit der vordern Vaginalwand etwas vor die Genitalien vorwölbt. Durch die Vagina gelangt man hoch oben hinter dem Tumor an die normal beschaffene Vaginalportion.

Operation (Prof. Müller). Medianschnitt der vorderen Vaginalwand. Versuch der Ausschälung. Dabei platzt die einkammerige Cyste und entleert in grosser Menge stinkenden Eiter. Entfernung der Cystenwand teils stumpf, teils mit der Scheere. Offene Wundbehandlung. Ungestörte Heilung.

Nach der Beschreibung des *mikroskopischen Befundes* kommt *Scheurer* des weiteren noch auf die Pathologie der Vaginalcysten zu sprechen. In der bernischen Frauenklinik kamen in den letzten 20 Jahren nicht weniger als 16 Fälle zur Beobachtung, wovon aber nur zwei eine bemerkenswerte Grösse erreichten.

Die eine Cyste war gänseeigross, sass an der vordern Vaginalwand, etwas seitlich und reichte bis ins Parametrium; die andere sass mehr median, war faustgross, zeigte überhaupt grosse Aehnlichkeit mit den soeben beschriebenen Fällen. Als Prädilektionsstelle der Vaginalcyste wird allgemein die vordere und seitliche Wand der Vagina angegeben. Der Inhalt ist meist dünnflüssig, glasig oder schleimig.

Histologie: Die Hauptmasse der Wand solcher Cysten besteht aus Bindegewebe, in das glatte Muskelfasern eingelagert sind. Die Auskleidung besteht meist aus niedrigem Cylinderepithel. In andern Fällen besteht eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Uebergangsepithel der Harnwege und endlich werden noch Fälle beschrieben mit mehrfach geschichtetem Plattenepithel, wie in dem vorliegenden Falle.

Bezüglich der *Genese der Vaginalcysten** kommen hauptsächlich 4 Entstehungsarten in Betracht.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 92: *Dr. Ch. Widmer:* « Ueber Scheidendrüsen und Scheidencysten ».

Die Prognose wurde bis jetzt stets als völlig günstig angegeben. Erst in allerjüngster Zeit veröffentlichte *Falkner* aus der Wertheim'schen Klinik (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 50, pag. 557) einen Fall von karzinomatöser Degeneration.

Therapeutisch wird nur die Excision der ganzen Cyste in Frage kommen.

Dr. Conrad:

Ueber eine Serie von 20 histologisch untersuchten Uteruspolypen.

(Ibid., pag. 627.)

Besonders interessant war ein nur stecknadelkopfgrosser Cervixpolyp von gewöhnlichem Aussehen der Schleimhautpolypen; es fand sich in ihm ein *Tuberkelknoten mit Riesenzellen*, während klinisch sonst nirgends Tuberkulose nachweisbar war. Bei der später vorgenommenen Autopsie fand sich Nebennierentuberbulose, ein haselnussgrosser Tuberkelherd im linken Ovarium, Salpingitis tuberkulosa rechts.

Im weitern hebt der Vortragende 2 Cervixpolypen hervor, in welchen beginnende *karzinomatöse Degeneration* nachweisbar war, während diese am übrigen Genitaltraktus fehlte. In dem einen Fall wurde durch Exstirpation des Polypen dessen Stiel sich karzinomfrei erwies, Heilung erreicht, im andern Falle wurde die Totalexstirpation des Uterus nötig.

Conrad *empfiehlt, gestützt auf seine Erfahrungen, jeden auch noch so unbedeutenden und ungefährlich erscheinenden Polypen nach gehörigem Zugänglichmachen seines Ansatzpunktes, eventuell durch Dilatation, sorgfältigst mit seiner Basis zu exzidieren und nicht nur abzukneifen oder auszureissen und besonders eine genaue histologische Durchforschung folgen zu lassen.*

Dr. Conrad:

Varicocele parovarialis superior.

(Ibid., pag. 627.)

Der Fall ist in mehrfacher Richtung bemerkenswert. Einmal kommt er selten zur Beobachtung und noch seltener zur Operation. — Die neu-

eren Lehrbücher behandeln die Affektion nicht, in der Litteratur findet sich wenig darüber, — dann ist seine Geschichte lehrreich.

Patientin, eine 35-jährige Virgo, litt jahrelang an heftigen, præmenstruellen und dysmenorrhoischen Beschwerden mit prolongierten Menses; nur kurzes intermenstruales relatives Wohlbefinden; sie war eine Invalide, untauglich zur Arbeit, sehr eingeschränkt im Lebensgenuss. Die durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtung der Pat. durch den Vortragenden ergab, dass vor und während der Menses eine sehr schmerzhafte Anschwellung des linken Ovariums und seiner Umgebung auftrat. *Laparotomie:* Linkes, wenig vergrössertes Ovarium und Varicocele wurden exstirpiert.

Die histologische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund bei Varicocele, auch im Hilus ovarii variköse Venen, mässige Hyperplasie des Ovarialstromes, keine Oophoritis.

Die Dysmenorrhoe und ihre Begleitsymptome sind seit 3 Jahren verschwunden und der Allgemeinzustand hat sich bedeutend gebessert.

Diskussion:

Dr. La Nicca, Dr. v. Fellenberg und Prof. Tavel haben ähnliche Varicocelen in den Lig. lata gesehen.

Dr. La Nicca:

Demonstration einer Bandage.

(Ibid., pag. 629.)

Es handelt sich um eine nach *La Nicca's* Angaben angefertigte Bandage, die er in einem Falle von rechtseitiger, *sehr beweglicher Niere,* mit frühern häufigen und heftigen Abknickungserscheinungen, seit 3 Jahren mit bestem Erfolg hat tragen lassen. Die Bandage besteht aus einem gewöhnlichen Korset, dessen rechte vordere Hälfte durch zwei Bügel und eine ovale Platte (der Unterbauchgegend sich anschmiegend) verstärkt ist, auf der inneren Hohlseite der Platte ist die Pelotte angebracht. Ein äusserer am Rückenteil fixierter Gurt sorgt für festes Anliegen der Pelotte. Der Vorteil dieser Bandage besteht darin, dass die Pelotte an der gewollten Stelle gut fixiert werden kann und dass das Tragen einer besonderen Bandage neben dem Korsett überflüssig wird.

Dr. La Nicca:

Interessanter Fall von Appendicitis.

(Ibid., pag. 629.)

La Nicca bespricht einen Fall von Appendicitis mit Abscess im kleinen Becken rechts. Durchbruch in die Blase. Der distale, im Douglas endigende Teil der anscheinend *primär tuberkulösen linken Tube,* sekundär vom Abscess aus infiziert, hatte sich zu einer mässigen, grösstenteils mit Gas gefüllten Pyo- oder besser Pyophysosalpinx entwickelt. Der mediale, dem Uterus anliegende Teil bot das Bild reiner Tuberkulose mit Verkäsung.

Medizinische Gesellschaft von Genf.
Société Médicale de Genève.

Dr. König:

Laparotomie nach Pfannenstiel*.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 2, pag. 162, 1904.)

Die Methode der transversalen Laparotomie nach Rapin hat den Nachteil. dass man einen grossen Hautlappen abzulösen hat; ist die Blutstillung dabei keine ganz exakte, so können Hæmatome und Infektion dieser auftreten; dazu gibt die Rapin'sche Schnittführung wenig Licht. *König* zieht daher die Pfannenstiel'sche Laparotomie vor; es werden 4 nach des Letztern Methode operierte Frauen vorgestellt; es handelte sich um Retrodeviation des Uterus compliciert mit Perimetritis, um Ovarialcyste, um Salpingitis und Appendicitis. In sämtlichen Fällen prima *intensio.* *König* möchte daher die Pfannenstiel'sche Incision in allen Fällen empfehlen, in denen es sich nicht um zu schwierige gynækologische Interventionen handelt.

Diskussion:

Dr. Kummer: hat die Pfannenstiel'sche Laparotomie ebenfalls versucht, zieht aber die Rapin'sche Methode vor.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 180: *Dr. Beuttner:* « Die transversale Laparotomie in der Gynækologie ». (Mit 5 Abbildungen.)

Dr. KÖNIG: fürchtet dabei die durch das Ablösen des Hautlappens leicht zu Stande kommenden Hæmatome, die sich leicht infizieren.

Dr. BEUTTNER: Die beiden Methoden verfolgen differente Zwecke. Die RAPIN'sche Laparotomie hat nur den esthetischen Standpunkt im Auge. PFANNENSTIEL dagegen will mit seiner Methode erfolgreich die Hernienbildung der Linea alba bekämpfen.

Dr. DE SEIGNEUX:

Uterus-Dilatator*.

(Ibid., pag. 237.)

Der grosse Vorzug der DE SEIGNEUX'schen Modifikation des *Bossi*'schen Dilatators besteht in dessen Beckenkrümmung und darin, dass die 4 Branchen ausgewechselt werden können.

Diskussion:

Dr. GAUTIER: In der Mitteilung, die Dr. DE SEIGNEUX eben gemacht, hat er seine Ansichten über die Anwendung seines Dilatators wesentlich modifiziert, gegenüber denen, die er in einer früheren Arbeit im Archiv für Gynækologie vorgebracht, die GAUTIER als gefährlich bezeichnen möchte. Dort hatte DE SEIGNEUX Tendenzen gezeigt, die nach einer allgemeinen Verbreitung der BOSSI'schen Methode strebten; es müssen aber die Gefahren, die dieser neuen Dilatations-Methode innewohnen, zuerst eingehender studiert werden; des weiteren soll der Dilatator nur dann appliziert werden, wenn absolut kein anderer Ausweg mehr besteht.

Dr. DE SEIGNEUX: wünscht ebenfalls, dass sein Instrument zuerst in den Entbindungsanstalten zur Anwendung komme und zwar in Fällen von notwendiger « forcierter Dilatation » und dass erst dann die Indikationen und Kontraindikationen aufgestellt werden.

Dr. KUMMER:

Zur Behandlung der Uterusfibrome.

(Ibid., pag. 310.)

Von 77 an Uterusfibrom erkrankten Frauen wurden 47 operiert; die Kranken konsultierten meistens wegen Blutungen, in den verschie-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 309: *Dr. de Seigneux:* « Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt ». (Mit 2 Abbildungen auf Tafel X.)

lensten Abstufungen; weiter kamen in Betracht mechanische Behinde-rung, Schmerzen, Harnbeschwerden (Pollakiurie, Dysurie, Retention, nie Eiweiss.) Palpitationen; in mehr als einem Drittel der Fälle der verheirateten Patientinnen bestand Sterilität.

Das Alter der 47 Operierten schwankte zwischen 22 und 57 Jahren.

Alle möglichen Fibrome kamen zur Beobachtung; daneben wurden gelegentlich noch folgende Affektionen konstatiert: Ovarialtumoren, Pyosalpinx, Hydrosalpinx, intraligamentäre Neubildung, Appendicitis, Hæmorrhoiden, Analfistel etc. Zweimal bestand zu gleicher Zeit Schwangerschaft (von 6 Wochen und 4 Monaten).

Nie wurde sarcomatöse Degeneration der Fibrome beobachtet; dagegen bestand einmal zur gleichen Zeit mit dem Fibrom ein Corpus-Carcinom.

Von den 47 Operierten erlagen 4 (8 % Mortalität), die 43 Ueberlebenden erfreuen sich der besten Gesundheit.

Während des gleichen Zeitabschnittes von ca. 14 Jahren hat Kummer weitere 27 Frauen zu beobachten die Gelegenheit gehabt, die aus irgend einem Grunde nicht zur Operation kamen; davon sind 4 seither verstorben, die Mortalität ist daher während der gleichen Periode 12 %; 3 verstarben an Anæmie und Herzschwäche, eine vierte an Anæmie und Tuberkulose.

Das Fibrom kann nach Kummer *als solches eine zum Tode führende Erkrankung werden.* Bezüglich des einzuschlagenden Operationsverfahrens hält sich Kummer an folgende Regeln: Das Fibrom soll exstirpiert werden, indem man von den Nachbarorganen so wenig wie möglich opfert; wenn die Umstände es erlauben, so wird die einfache Myomectomie oder die Enucleation gemacht, sei es auf abdominalem oder vaginalem Wege. Ist die Hysterectomie nicht zu umgehen, so wird per vaginam operiert, wenn die Geschwulst die Symphyse wenig nach oben überschreitet; für voluminöse Tumoren kommt der abdominale Weg in Anwendung; hier zieht Kummer die subtotale Hysterectomie den andern Verfahren vor; die Ovarien werden, wenn immer möglich, konserviert.

Die Castration wurde zweimal mit Erfolg ausgeführt; in einem dritten Falle war die Wegnahme eines der Ovarien so schwierig, dass zur Hysterectomie geschritten werden musste.

In Anbetracht der guten Resultate der Hysterectomie, kann die Castration nur in Ausnahmefällen eventuel in Frage kommen.

Dr. DE SEIGNEUX:

Abdominale Hysterectomie wegen Collum-Carcinom.

(Ibid., pag. 439.)

Im Sept. 1903 wurde wegen Collum-Carcinom, das vaginal nicht mehr radikal hätte in Angriff genommen werden können, abdominal vorgegangen; Bildung einer Urether-Vaginal-Fistel.

Im März 1904: Abtragung der rechten Niere. Pat. hat an Körpergewicht zugenommen.

Dr. DE SEIGNEUX*:

Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanals und des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt.

La dilatation instrumentale du col et de l'orifice utérin pendant la grossesse et le travail.

(Ibid., pag. 474.)

DE SEIGNEUX bespricht eingehend die verschiedenen Dilatationsverfahren, speziell die verschiedenen seit BOSSI konstruierten Instrumente; er zeigt deren Nachteile und die Vorteile, die sein eigener Dilatator vor den andern entschieden voraus hat.

Es folgen 12 persönliche einschlagende Beobachtungen, die DE SEIGNEUX veranlassen, seinen Standpunkt folgendermassen zu formulieren:

« Es ist klar, dass ich trotz der ermutigenden Erfolge vorderhand kein definitives Urteil über die Methode der mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales und des Muttermundes abzugeben vermag. Eines muss aber als sicher festgestellt werden, dies nämlich, dass es mir in meinen Fällen gelungen ist, ohne Narkose, ohne Schmerzen und Gefahren, vermittelst meines Instrumentes eine genügende Dilatation herbeizuführen, die die Austreibung eines lebenden Kindes gestattete. Diese Tatsache muss objektiv betrachtet, als ein wahrer Fortschritt in der Geburtshilfe anerkannt werden.

Es steht ausser Zweifel, dass BOSSI das unbestreitbare Verdienst zu-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 309.

kommt, als Erster gezeigt zu haben, dass es möglich ist, während der ganzen Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt eine schnelle Dilatation des Cervicalkanals und des Muttermundes zu bewirken.

Es sei mir gestattet, zu hoffen, dass es mir durch meine Modifikation des Dilatators gelungen ist, gewisse Gefahren bei dessen Applikation zu beschwören und so zur Verbreitung einer Methode beigetragen zu haben, die im gegebenen Fälle zahlreiche Mütter zu retten im Stande ist. Den wahren Weg, den die *Bossi*'sche Methode nehmen wird, kann man noch nicht erkennen.

Dr. M. Bourcart :

Die Einwirkung manueller Vibrationen auf akute und subakute Entzündungen des Bauchfelles.

De l'action des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës ou subaiguës du péritoine.

(Ibid., pag. 767.)

Die von Bourcart in Anwendung gebrachten manuellen Vibrationen waren zuerst nur dazu bestimmt, die Abdominal-Schmerzen bei Peritonitis abzuschwächen; es hat sich aber herausgestellt, dass damit noch andere Resultate erreicht werden können :

1. Bei Kranken, die seit mehreren Tagen an Pelviperitonitis mit einer Abendtemperatur über 39° litten, trat einige Stunden nach Anwendung der manuellen Vibrationen ein plötzlichor Abfall der Temperatur ein, bis auf 36,2 am Morgen und 37,5 am Abend; die Temperatur blieb auch weiterhin bei Applikation des gleichen Verfahrens normal.

2. Die intensivsten peritonitischen Schmerzen beruhigen sich sehr schnell.

3. Es tritt eine reichliche Diurese auf.

4. Der Puls, der vorher klein und schnell gewesen war, wird langsam und voller.

5. Das Aufgetriebensein des Leibes verschwindet, die Winde gehen leichter ab und die Abdominalbeschwerden sind weniger ausgesprochen.

6. Nach und nach reinigt sich die belegte Zunge, der Appetit und Hunger stellt sich ein.

7. Natürlicher Schlaf macht sich geltend.

8. Das Erbrechen und die Anfälle von Uebelkeit, wenn solche in Szene traten, verschwinden.

Indem die gleiche Behandlungs-Methode täglich 2—3 mal während 20—25 Minuten in Anwendung gebracht wird:

9. Wird die Stuhlentleerung normal.

10. Eine event. bestehende Enterocolitis verschwindet und

11. Eine substantielle Ernährung kann schnell ohne Gefahren wieder aufgenommen werden.

12. Wird das Vibrations-Verfahren einigermassen intensiv betrieben, so geschieht es, dass die Abendtemperatur hinter der Morgentemperatur znrückbleibt.

13. Sämtliche Organe nehmen ihre normalen Funktionen wieder auf.

14. Die entzündliche Infiltration verschwindet rasch, das Abdomen ist nicht mehr schmerzhaft und erlaubt die Applikation von Massage.

Das in die Augen fallendste Phänomen ist der unvermittelte Abfall der Temperatur und die schnelle Genesung selbst schwerkranker Patienten.

Bourcart hat mit seiner Vibrations-Methode folgende Affektionen behandelt: 3 Fälle von akuter Perityphlitis, 1 Fall von subakuter Perityphlitis, 6 Fälle von akuter oder subakuter Peritonitis und Pelviperitonitis, 5 Fälle von akuter innerer Einklemmung.

Welche Aktion kann man den manuellen Vibrationen zuerkennen?

1. Sie haben auf die arteriellen und venösen Gefässe der Abdominalhöhle eine congestionsvermindernde Wirkung.

2. Sie beschleunigen die Resorption der entzündlichen Infiltration durch Vermehrung der venösen und lymphatischen Zirkulation.

3. Sie begünstigen die antitoxische Arbeit der Leber und die Elimination durch die Nieren.

4. Sie üben auf die Phagocytose eine reizende Wirkung.

Die manuellen Vibrationen selbst werden hervorgerufen durch eine enorm schnelle und subtile Trepidation, die von den Schultermuskeln ausgehend durch Vermittelung des Armes der Hand zugeführt werden.

Event. müssen diese Vibrationen ohne Unterbrechung bis zu einer Stunde in Anwendung kommen.

*Bourcart** zeigt 7 Kurven vor, die die Wirkung der Vibrationen deutlich illustrieren.

* Siehe *diesen Jahrgang* im Kapitel « Verschiedenes » : *Doc. Dr. M. Bourcart:* « Der Bauch ».

Dr. Patry:

Ein Fall von Extrauteringravidität.

Junge Frau, Mutter von einem 9jährigen Kinde; regelmässig menstruiert; in der Nacht vom 11. auf den 12. Mai sehr starke Schmerzen im Abdomen; dieses ist gespannt. Resistenz in der rechten Fossa iliaca. Puls klein, frequent. T. 37. *Wahrscheinlichkeits-Diagnose:* Ruptur eines perityphlitischen Abscesses; der operative Eingriff muss der Verwandten halber auf den Nachmittag des 13. Mai verschoben werden.

Das Abdomen wird wie bei bestehender Perityphlitis eröffnet; beim Eröffnen des Peritoneums stürzen schwarze Blutmassen hervor. Nach Ausräumung der Blutcoagula ($3^1/_2$ Liter) konstatiert man die rechten Adnexe als normal, während von der linken Seite her Blut durchsickert; breite Eröffnung des Abdomens bis zur linken Fossa iliaca; die linke, vergrösserte Tube ist in der Mitte rupturiert; sie wurde entfernt. Mikulicz'sche Tamponade.

Diskussion:

Prof. Revilliod: Zu meiner Zeit diagnostizierte man noch nicht so häufig die Extrauterinschwangerschaft, aber man kannte die periuterinen Hæmatocelen, die relativ oft durch Ruhe und warme Kompressen zur Heilung kamen. Vielleicht existieren Hæmatocelen, die nicht auf Schwangerschaft zurückzuführen sind.

Dr. Patry: Die Differentialdiagnose eines in den Peritonealraum durchbrechenden Abscesses und einer intraabdominalen Blutung ist fast unmöglich; in beiden Eventualitäten bleibt die Temperatur niedrig und besteht grosses Schwächegefühl.

Dr. Andreæ: Auch zu meiner Zeit war die Extrauteringravidität wenig bekannt und wenn wir bei unserm Meister Scanzoni die Diagnose einer periuterinen Hæmatocele stellten, so gereichte dies zu ganz besonderem Ruhme; indessen sind die Extrauteringraviditäten ziemlich zahlreich; ich habe in 2 Jahren 9 solcher Fälle gesehen.

Dr. Gœtz: hat 3 Fälle zu beobachten die Gelegenheit gehabt, die mit Erfolg operiert worden waren.

Medizinische Gesellschaft des Kantons Waadt.
Société vaudoise de médecine.

Prof. Dr. Rossier:

Demonstrationen.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 4, pag. 302, 1904.)

1. 34jährige Frau; vierte Schwangerschaft; *rachitisches Becken, Kypho-Scoliose und linksseitige congenitale Hüftgelenkluxation.* 3 spontane Geburten, Kinder aber stets infolge *Nabelschnurvorfall* abgestorben. Genaue Ueberwachung sobald Wehen auftreten.

2. 31jährige Frau. *Osteomalacie.* November 1902. *Sectio cæsarea* mit Abtragung der Ovarien. Besserung. Nach einiger Zeit aber treten die Regeln, wenn auch schwächer, wieder auf und das Becken geht immer ausgesprochenere Veränderungen ein. Man denkt an ein überzähliges Ovarium. *Laparotomie.* Aus dem rechten Lig. lat. exstirpiert man einen runden, harten Körper, der aus Ovarialgewebe bestand. Ob es sich hier um ein drittes Ovarium gehandelt, oder um einen Rest des rechten Ovariums, kann nicht entschieden werden.

3. und 4. *Zwei Präparate von Extra-uterin-Gravidität.* 1. Tubarer unvollständiger Abort. 2. Extrauterin-Schwangerschaft kompliziert mit einem intraligamentär entwickelten Ovarialkystom der gleichen Seite.

Rossier wendet sich gegen die noch zu häufige Anwendung der Curette wegen Puerperalfieber nach frühzeitigen und rechtzeitigen Geburten. Gefahren der Perforation: die Curette zernichtet den Granulationswall, errichtet gegen die Mikrobeninvasion; sie eröffnet schon geschlossene Lymph- und Blutgefässe.

5. *Puerperale Pelviperitonitis nach abortiven Manipulationen.*

Rossier hat die Krankengeschichten der Lausanner Entbindungs-Anstalt während der Jahre 1888—1892 durchgegangen und 16 Puerperalfieberfälle nach rechtzeitiger Geburt gefunden, bei denen curettiert worden war; das Resultat war 8 Todesfälle und 8 Heilungen.

In Fällen von Puerperalfieber soll man zuerst vermittelst Gummihandschuh genau die Uterushöhle austasten und eventuell mit dem Finger zurückgebliebene Gewebe entfernen (vor und nach diesem Eingriff eine intrauterine Spühlung mit 1—2 % Lysol). Eisblase auf's Abdomen. Ergotin, gute Ernährung.

Prof Dr. MURET:

Ueber Curettage.

Quelques mots sur le Curettage de l'utérus.

(Ibid., pag. 663.)

MURET verbreitet sich über die Gefahren der Curettage im allgemeinen und die der Uterusperforation im besondern. Er selbst hat im Verlaufe von Ausschabungen drei Perforationen zu beobachten Gelegenheit gehabt, Perforationen, die bei der nachfolgenden Laparotomie kontrolliert werden konnten; in sämtlichen 3 Fällen war mit der grössten Vorsicht vorgegangen worden, umsomehr es sich um Fälle von puerperaler Subinvolution handelte. MURET hält die Sublimatinjektionen bei allfällig auftretender Perforation für sehr gefährlich und verwirft sie, wie er auch die Irrigations-Curette perhoresciert. — *Die Diagnose* der Perforation ist leicht zu stellen; man hat das Gefühl, dass die Curette ohne jeden Widerstand in die Tiefe dringt. MURET* verbreitet sich noch über die Technik der Curettage; für ihn sind Speculum, Kugelzange (um den Uterus nach unten zu dislocieren) und Dilatatoren meistens überflüssig, ein Fritscher-Uteruskatheder und eine Curette genügen oft. Man soll bimanuel curettieren, das heisst mit der äusseren Hand soll man den Uterusfundus überwachen.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Dr. Hans MEYER-RUEGG:

Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 30. und Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 7, pag. 240, 1904.)

Diskussion:

Dr. SCHWARZENBACH: frägt an, ob das im fruchtwasserleeren Uterus getragene Kind Klumpfüsse gehabt habe.

* *Der Referent* kann sich mit dieser Technik keineswegs einverstanden erklären und verweist diesbezüglich auf seine kleine Veröffentlichung in der Revue Médicale de la Suisse Romande, No 1, 1898: « *Contribution à la technique du curettage et de l'introduction de gaze dans l'utérus après avortements incomplets* ».

Prof. Ernst: erkundigt sich nach der Menge des abgeflossenen Fruchtwassers und nach eventuell verstärktem Durstgefühl der Schwangeren.

Dr. Meyer-Ruegg: Es waren Klumpfüsse vorhanden. — Es ist interessant zu erfahren, welche Mengen von Wasser während der so lange dauernden Hydrorrhoe abgingen. In einem Falle wurden täglich 85 cm³ gemessen; im nämlichen Falle gingen aber einmal an einem Tage 255 gr. ab; die Hydrorrhoe dauerte ca. 90 Tage. Im zweiten Fall kommt man während 64 Tagen auf minimum 6 ½ Liter.

Die Angabe, dass grosses Durstgefühl bei den betreffenden Schwangern vorhanden gewesen sei, ist in keiner Krankengeschichte erwähnt.

Dr. Hæberlin:

Casuistische Mitteilungen.

(Ibid., Nr. 10, pag. 339.)

1. *Carcinoma portionis vaginalis.* Abdominale Operation nach Wertheim. Die 56jährige Frau litt seit einem Jahr an Ausfluss und zeigte einen nussgrossen, circumscripten Knoten an der Portio rechts. Da die Parametrien frei schienen, so durfte der Fall zu den günstigen gerechnet werden, die gewöhnlich auch vaginal radikal operiert werden können. Es fanden sich unerwarteterweise geringe Dilatation des rechten Ureters, Schrumpfung des rechten Parametriums, 6 bohnen- bis nussgrosse Drüsen in der Gegend der Art. iliaca, welche sich mikroskopisch als carcinomatös erwiesen. Der Verlauf nach der 3¼stündigen Operation war ein sehr günstiger.

2. *Peritonitis suppurativa nach Perforation des Proc. vermiformis* bei einer 22jährigen Patientin, welche früher gelegentlich Krämpfe im Leibe und Erbrechen gehabt hatte. Aerztliche Hülfe erst am achten Tage. *Auffällig war das Tiefertreten der Gebärmutter und der Scheidengewölbe, weshalb, da frühere Darmkoliken erst später angegeben wurden, in erster Linie an eine Stieltorsion eines Ovarialkystoms mit sekundärer Vereiterung gedacht wurde.* Incision in der Mittellinie: Scheusslich stinkender, massenhafter Eiter. 5 Wochen nachher wird die Narbe in der Medianlinie excidiert und ein Rest des Proc. vermiform, welcher nur durch Bindegewebe mit dem Cæcum verbunden und in alten Adhäsionen eingebettet war, entfernt. Wohlbefinden.

3. *Zwei Fälle von Perforationsperitonitis bei alten Frauen* (60 und 76), welche beide am ersten Anfall zu Grunde gingen. Die erste wurde am

dritten Tage nach der Perforation operiert und starb nach 24 Stunden; die zweite mit aussetzendem, elendem Puls am zweiten Tage, erholte sich anfänglich und erlag nach drei Wochen einer wenig ausgedehnten Peritonitis. Bei der Section war nur der im kleinen Becken gelegene Proc. von ganz wenig Eiter beschmiert. Bei beiden war der Proc. in grosser Ausdehnung gangränös und fehlten die natürlichen Abschlussprozesse von Seiten des Peritoneums, was wohl mit dem hohen Alter der Patientinnen in causalem Verhältnis steht.

4. *Vier acute Fälle von frühzeitigem Eingriff,* obschon keine Perforation vorlag. Häberki glaubt aus seiner letztjährigen Erfahrung den Schluss ziehen zu dürfen, dass in keinem Falle von Frühoperation der Verlauf etwa ungünstig beeinflusst worden sei, dass im Gegenteil nachher die Heilung in relativ sehr kurzer Zeit erfolgte.

Diskussion:

Dr. Carl Schuler: benützt als « Anhänger der Frühoperation » die Gelegenheit zur Demonstration zweier in jüngster Zeit gewonnener Präparate. Das erste zeigt einen ziemlich stark geschrumpften Wurm, an dem das abdominale Ende fehlt; das zweite Präparat lässt ca. 1½ cm. zentralwärts der freien Spitze eine ausgedehnte, durch schwarze Verfärbung gekennzeichnete, bis in die Serosa reichende Nekrose erkennen. — In beiden Fällen handelte es sich um 10 oder mehr cm. lange Wurmfortsätze, die in ganz gleicher Weise *an der Rückseite des Cœcums in die Höhe geschlagen* und in ganzer Ausdehnung mit demselben verwachsen waren.

Beiden Fällen ist gemeinsam die nach raschem Rückgang der ersten stürmischen Symptome bald platzgreifende Gutartigkeit des weitern Verlaufes, die jedoch beide Mal sich nur als eine scheinbare erwiesen hat. In Uebereinstimmung mit der mehrfach konstatierten Tatsache, dass ein Missverhältnis zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund oft angetroffen wird, zeigen die beiden vorliegenden Beobachtungen auch ein solches und sind selbe mit Bezug auf den Standpunkt zur Frühoperation lehrreich.

Dr. O. Nägeli: Die von Curschmann 1902 veröffentlichten Leukocytenuntersuchungen bei Perityphlitis haben zahlreiche Nachprüfungen erfahren und sind durchaus bestätigt worden, sofern sie sich auf akute Fälle mit Exsudat beziehen. Besteht eine akute allgemeine Peritonitis, so hat die Leucocytenprüfung ebenfalls wertvolle Resultate gezeitigt. Nur die Fälle mit erheblicher Leukocytose können noch gerettet werden. Fehlt eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, so zeigt dies das Erlöschen der Widerstandsfähigkeit des Organismus an, die Operation hat dann nie mehr Erfolg und wird bereits von manchem Chirurgen als zwecklos unterlassen.

Für chronische Prozesse gelten diese Regeln nicht. Hier kann grössere Eiterung vorliegen, ohne dass die Leukocytenzahl eine bedeutende Steigerung erfährt *.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 56: *Dr. de Patton:* « Zur diagnostischen Bedeutung der Hyperleukocytose bei den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ».

Der XV. klinische Aerztetag in Zürich.

Prof. Dr. U. Krönlein:

Kurze Uebersicht über persönliche Erfahrungen bei der Operation der Appendicitis.

(Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte, Nr, 19, pag. 633, 1904.)

Die in den früheren aus der Krönlein'schen Klinik hervorgegangenen Publikationen von Hæmig * und von Lombardi ** mitgeteilte Statistik wird im vorliegenden Vortrage bis auf den heutigen Tag fortgesetzt. Sie zeigt folgende Zahlenwerte:

Appendicitis.
(1881—1904.)

	Nicht operiert:	Operiert: bei lokalem Prozess	Operiert: bei diffusem Prozess	Operiert: im freien Intervall	Total
Anzahl	50	150	75	402	677
†	5	6	53	0	64
Mortalität	10 %	4 %	78 %	0 %	9,4 %

Operiert: 627; † 59 = 9,4 %.

Aus diesen Erfahrungen ergibt sich:

1. Dass die Operation im freien Intervall gefahrlos ist;

2. Dass die Operation des abgesackten und zur Ruhe gelangten Abszesses wenig gefährlich ist;

3. Dass dagegen die zur progredierenden, diffusen Peritonitis führenden Appendicitisfälle nach der Operation gegenwärtig noch die erschreckende Mortälität von 70 % aufweisen, wobei die Ueberzeugung nur einen geringen Trost bieten kann, dass ohne Operation alle diese Fälle dem sicheren Tode verfallen wären.

Eine weitere Besserung unserer operativen Resultate bei Appendicitis kann sich nur auf diese Gruppe 3 beziehen. Dass eine solche Besserung möglich sei, ist nicht zu bezweifeln, wenn man bedenkt, dass alle diese

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 35: *Dr. G. Hæmig:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der zwei Dezenien 1881—1901 ».

** Siehe *diesen Jahrgang*, Dissertationen, p. 112: *Dr. A. Lombardi:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der Jahre 1901 (IV—XII) bis 1903 (I—IV).

Fälle doch einmal in einem Stadium sich befanden, wo der Prozess noch kein diffuser, sondern ein auf die Appendix beschränkter war, eine Operation in diesem Stadium aber sicherlich die grössten Chancen der Rettung hätte bieten müssen. Das sind die Fälle der gangränösen, perforierenden Appendicitis. Alles hängt von der *Frühdiagnose* und der *Frühoperation* ab.

Eine Frühdiagnose dieser schwersten Form der Appendicitis wäre wohl häufiger möglich, wenn der Arzt sich ein für allemal der üblichen Opium- und Morphiumtherapie entschlagen und umso ängstlicher jede Phase in der ersten Entwicklung der Krankheitserscheinungen Schritt für Schritt verfolgen würde.

Ein Wandel zum Besseren kann nur geschehen, wenn mit der schablonenhaften Verabreichung von Opium und Morphium im Beginn der Appendicitis gebrochen wird.*

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 1 : *Prof. L. Bourget :* « Die medizinale Behandlung der Perityphlitis ».

VI.

Mitteilungen aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshilfe und Gynækologie.

A. Originalarbeiten.

GIOVANOLI-SOGLIO, Chur:

Ein geburtshülflicher Apparat.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd. 2. Heft, pag. 53, 1904.)

Die Mängel, die an Arm und Hand haften, muss der gewissenhafte Geburtshelfer zu ersetzen wissen; man kann seine Kraft schonen durch Anwendung geeigneter Instrumente.

Der Geburtshacken mit einer Schnur ersetzt den gekrümmten Finger mit dem Arme; er hat noch den Vorteil, dass die Schnur im Geburtskanal wenig Platz einnimmt und Raum genug für den Arm des Geburtshelfers freilässt. Die Zurückschaffung der vorgeschobenen Teile geschieht am besten mit der Geburtskrücke; sie dient auch dazu, das Junge zurückzuhalten, während man Lageberichtigungen vornimmt, da man beide Hände in den Uterus ja nicht einführen kann.

Den bis jetzt zur Anwendung gelangenden Krücken standen die Bedenken der leichten Abgleitung über den schlüpfrigen Ansatzpunkt entgegen. Diese Bedenken wurden von GIOVANOLI-SOGLIO gehoben durch Anbringung von vier statt, wie bis jetzt, blos zwei halbmondförmig gebogenen Querästen am Ende der Geburtskrücke.

Das Herbeiziehen eines verschlagenen Gliedes unter Verhältnissen, wo die Hand den Teil nur berühren, nicht erfassen kann (bei einem abgestorbenen Jungen) ist ohne Instrumente sehr schwer. In diesen Fällen leistet der Bohrer von KAISER erspriessliche Dienste. GIOVANOLI-SOGLIO

hat einen solchen Bohrer konstruieren lassen, der an seine Geburtskrücke angeschraubt werden kann.

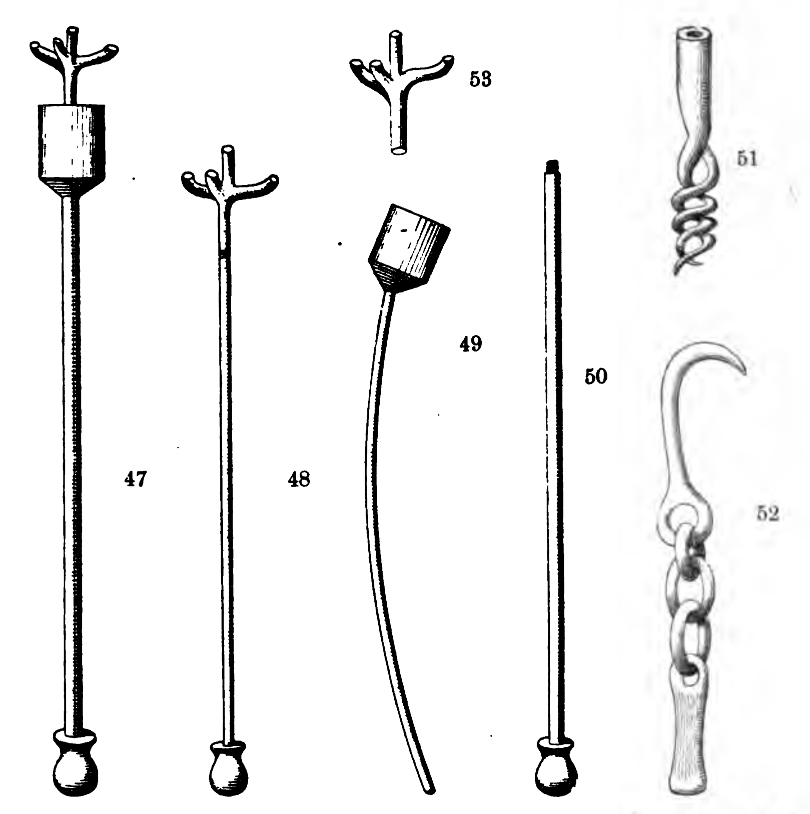


Fig. 47. Krücke mit Schlauch und Trichter. Fig. 48. Krücke, 1 m. Länge, 1 cm. Dicke; gerade Entfernung der Queräste der Krücke 4 cm. Fig. 49. Schlauch mit Trichter. Fig. 50. Krücke mit dem Gewinde zum Anschrauben von Fig. 51: Doppelbohrer. Fig. 52. Beweglicher Hacken. Fig. 53. Krücke.

Das doppelte, korkzieherförmige Ende des Doppelbohrers wird in die Haut des verschlagenen Teiles gedreht und der erfasste Teil nach sich gezogen, bis er mit der Hand erreicht werden kann.

Ist das Fruchtwasser grösstenteils abgeflossen, so ist der Uterus dermassen zusammengezogen, dass er an dem Kalb anliegt; in solchen Fällen versäume man nie, von einer ergiebigen Infusion von warmem Wasser in utero Gebrauch zu machen. Zur Einbringung von warmem Wasser

in die Gebärmutter bediene man sich eines Gummischlauches von 2 cm Durchmesser. GIOVANOLI-SOGLIO hat den Trichterschlauch ebenfalls mit der Geburtskrücke verbunden.

Die Anwendung rauher Stricke ruft sehr häufig kleinere und grössere Verletzungen des Geburtskanales hervor. GIOVANOLI-SOGLIO bedient sich daher der Geburtskrücke, an die er einen beweglichen Hacken hat anbringen lassen. Dieser Apparat ersetzt in vorzüglicher Weise Hacken und Schnur.

Tierarzt GAVARD, Genf:

Die Castration der Kuh mit dem Emasculateur.

Castration de la Vache par l'Emasculateur.

(Société des Sciences Vétérinaires de Lyon, 7me année, N° 4, pag. 275, 1904.)

Bis jetzt wurde die Castration vermittelst eines gewöhnlichen Ecraseur mit starker, breiter Kette ausgeführt; das FLOCARD'sche Ovariotom hat GAVARD nie angewendet, da es seiner Ansicht oft schlecht funktioniert. GAVARD hat 900 Castrationen ausgeführt, mit vorzüglichem Erfolg; aber das Operationsverfahren hatte 3 Nachteile; es war nicht im Stande, eine Nachblutung absolut sicher zu verhindern, dann dauerte es etwas lang und drittens litten die Tiere ziemlich darunter.

Diese Nachteile bestimmten Gavard, ein anderes Operationsverfahren zu suchen und kam dabei *die Castration mit der elastischen Schlinge* und *die Castration mittelst eines « Emasculateur »* in Frage.

Da das erstere Verfahren viele Nachteile aufweist, so hat *Gavard* die Castration vermittelst eines Emasculateurs acceptiert: er geht dabei folgendermassen vor: Scheidenspühlung mit 2 % Kreolin. Eröffnen der Scheide oberhalb des Collum vermittelst des Bistouri von Colin. Mit Hülfe des Zeige- und Mittelfingers werden die Ovarien in die Scheide disloziert; manchmal muss auch mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle eingegangen werden, dann nämlich, wenn z. B. eine cystische Vergrösserung der Ovarien selbe dislokiert hat. Hierauf wird das Ovarium an seiner Basis mit dem Emasculateur langsam und schrittweise abgeklemmt.

GAVARD hat bereits in 104 Fällen mit bestem Erfolg auf die obenbeschriebene Weise operiert.

M. Strebel, Praroman:

Die durch den Geburtsakt veranlassten Scheiden- und Vulvaverletzungen.

Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 2. Heft, pag. 71, 1904.)

)ie beim Geburtsvorgange sich ereignenden Verletzungen der Scheide 1 des Wurfes (Vulva) sind beim Rinde, besonders beim primiparen, r häufige, bald leichte, bald ernste, selbst sehr ernste Zufälle. Die ·letzungen der Scheide sind nicht selten mit solchen der Cervix ver- ıden. Eine volle Zerreissung der oberen Scheidenwand kann selbst einer Zerreissung des Mastdarmes verbunden sein.

)ie meiste Schuld an den Scheiden- und Vulvaverletzungen tragen ;eschickte, unvorsichtige, rohe Geburtshelfer.

)ie Bedeutung der in Frage stehenden Verletzungen hängt von der ;enwart oder der Abwesenheit von Komplikationen ab.

Tierarzt M. Strebel, Praroman:

engerung und Verwachsung des Gebärmutterhalses beim Rinde.

:hweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 153, 1904.)

ie Verengerung der Cervix (fast nur bei der Kuh, sehr selten bei andern Haustieren) kann eine verschiedengradige sein. *Indirekte achen* bilden grosse Fibrome, die in der Nähe des äusseren Mutter- ıdes sitzen oder selbst in die Cervix hinein sich erstrecken; weiter en in Betracht kurze, dicke, derbe Fleischspangen. *Direkte Ursachen* en ausgedehnte narbige Stellen der Cervixwände, fibröse, sarkoma- , carcinomatöse, enchondromatöse Verdickungen, Verhärtung der rix durch kalksalzige Einlagerung in dessen Gewebe.

:weisen sich event. Dilatationsversuche als erfolglos, so steht dem ırtshelfer noch die blutig-operative Eröffnung der Cervix, durch die ıahme nicht zu tiefer Einschnitte in dessen obere und seitliche ıde, zur Verfügung. In 28 Fällen konnte das Muttertier so gerettet in 20 Fällen das Junge lebend entwickelt werden. Ist die Operation nd für sich gerade nicht gefährlich, so wird sie es durch die bei der

Extraktion des Jungen gesetzten Quetschungen und Zerreissungen des Uterushalses und Körpers, sowie durch Infektion mit Wundsekreten etc.

Verwachsungen des Gebärmutterhalses. Seltene Vorkommnisse, kongenital oder erworben.

Tierarzt M. Strebel, Praroman:

Der weisse Fluss der Haustiere.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 159, 1904.)

Der Fluor albus ist, mit seltenen Ausnahmen, eine mit dem Geburtsakte zusammenhängende Krankheit, bestehend in einem chronischen, fieberlosen Katarrh der Uterusschleimhaut, bisweilen verbunden mit einem solchen der Scheide. Der weisse Fluss ist bei der Kuh ein sehr häufiges Leiden, selten dagegen ist es bei der Stute und noch weit seltener bei den kleinen landwirtschaftlichen Haustieren.

Aetiologie. Am häufigsten entwickelt sich der chronische Uterinkatarrh aus einer akuten Endometritis, die ihre häufigste Entstehung einer Infektion nach mechanischer Verletzung der Uterusschleimhaut verdankt. Der chronische Fruchthälterkatarrh ist ferner die häufige Folge der zurückgebliebenen und ausgefaulten Nachgeburt, sowie eines abgestorbenen, im Uterus in Fäulnis übergegangenen Fœtus. Weiter käme in Betracht: Erkältung des Tieres, pathogene Agenten, polypöse Neubildungen, Krebsgeschwülste. In der Subumcosa des Uterus existierende, breiartig erweichte oder käsig zerfallene Tuberkel, können das Leiden ebenfalls verursachen.

Symptome. Der anfänglich wenig reichliche, weissliche, ziemlich klare, dünnschleimige, zähe Ausfluss aus der Scheide wird bei event. unterlassener oder lässig oder unrichtig durchgeführter Behandlung bald kopiöser und bei längerer Dauer sehr kopiös. Das Sekret wird missfarbig, trübe, dicklich eiter- oder rahmartig und übelriechend.

Prof. E. Zschokke, Zürich :

'orschungen über den gelben Galt (Agalactia catarrhalis, contagiosa.)

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 3. Heft, pag. 113, 1904.)

Von 3166 an das patholog. Institut der vet.-med. Fakultät Zürich ein-esandten Milchproben erwiesen sich nicht weniger als 1984, also 62 %, ıit Streptococcen infiziert und derart verändert, dass die Diagnose Gelber Galt » gestellt werden musste.

Während es unbestritten ist, dass Streptococcen die Ursache des gelben ialtes darstellen und die Infektionsmöglichkeit des Euters auf dem Milch-'eg jederzeit zur Evidenz erwiesen werden kann, wissen wir über andere nfektionsmodi wenig, wissen wir nicht, ob alle vorhandenen Strepto-)ccenformen derselben Art angehören, wissen wir wenig über das Vor-ringen und die Wirkungsweise der Krankheitserreger im Euter und in ndern Organen.

Eine Erweiterung unserer Kenntnisse dieser Krankheit brachten die .rbeiten von Stark* und von Stäheli**; hierzu kommen nun noch die jährigen, praktischen Erfahrungen von Zschokke.

Die Krankheit ist in gewissen Gebieten und Ortschaften stationär und :itt fast jährlich gleich häufig auf. Ueber *die Uebertragungsfähigkeit* on Strich zu Strich, von Kuh zu Kuh, lässt sich nur aus allfälligen .namnesen ein Schluss ziehen. Bei 662 Kühen zeigten sich bei 193 nur : ein, bei 211 dagegen zwei, bei 109 drei und bei 149 alle vier Viertel rkrankt; dass sich auch eine Uebertragung von Tier zu Tier vollzieht nd zwar wohl einfach durch die Hand des Melkers, ist ebenso einleuch-:nd als wahrscheinlich.

Die Art der Infektion ist noch nicht endgültig abgeklärt. Sicher und :icht experimentell nachweisbar ist die Infektion durch den Strichkanal. 'ie Schnelligkeit, mit welcher die Pilze durch die Milchgänge hinauf is in die Alveolen hineinwandern, ist oft erstaunlich. Ob auch eine 'mphogene Infektion der Milchgänge mit Streptococcen möglich ist, at bis jetzt kein Experiment dargetan; und ob gar eine Infektion vom lut aus, vielleicht durch vom Darm invadierte Streptococcen stattfinden

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 272 : *Dr. H. Stark* : « Beiträge zur pathologischen natomie der Agalactia catharrhalis contagiosa ».

** Siehe *diesen Jahrgang*, p. 223 : *Dr. H. Stäheli* : « Zur Biologie des Strepto-)ccus mastitidis contagiosæ ».



kann, wie das Prof. Guillebeau* glaubte annehmen zu sollen, bedarf ebenfalls noch der experimentellen Erhärtung.

Sehr gewöhnlich sind die *Reinfektionen*. Von Immunität bemerkt man gar nichts. Wenn ein Streptococcus des gelben Galtes in der Zysterne oder in den Milchgängen steckt, dann tritt Eiter auf in der Milch; *ohne Eiter kein gelber Galt*. Es können aber im Strichkanal zwischen den Falten der Schleimhaut gelegentlich Pilze lagern und durch ihre örtliche Säurebildung leichte Kaseinausfällungen bedingen (Uhlmann ** und Stark). Dass von hier aus eine Infektion des Euters erfolgen kann, ist evident.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 242/43: *Prof. Guillebeau:* « Ueber Euterentzündungen bei Haustieren ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 278: *Dr. O. Uhlmann:* « Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals bei der Kuh, der Ziege und dem Schafe ».

B. Mitteilungen aus der Praxis.

Prof. Dr. Ehrhardt, Zürich:

Ein Fall von Vielträchtigkeit beim Rind.

(Schweizerische Landwirtschaftliche Zeitschrift, Heft 4, 1904.)

Die Kuh hatte bereits 4 mal geboren, jedoch immer nur ein Junges zur Velt gebracht. In der letzten Trächtigkeit starke Abmagerung; in der 7. Woche trat die Geburt ein; dieselbe vollzog sich ohne fremde Hilfe.



Fig. 54.

Die 4 Kälber, wovon 2 weibliche und 2 männliche, sollen unmittelbar ach der Geburt zusammen 62,5 kg gewogen haben; sämtliche Junge aren wohl proportioniert und munter; leider ging eines davon am ritten Tage infolge einer Nabelentzündung zu Grunde. Es mag noch erähnt werden, dass die Kuh nur einmal zum Stier geführt worden war.

Tierarzt SIMEN, Münster, Kt. Graubünden:

Ein Fall von Frühträchtigkeit.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 5. Heft, pag. 86.)

Am 27. Nov. 1899 wurde von einer 7 jährigen Kuh ein normales Kalb geworfen; im Monat Juli des folgenden Jahres kam dieses auf eine Alpweide; am 11. Mai 1901 warf das Tier im Alter von 17 ½ Monaten ein verhältnismässig grosses Kalb. Wohl bedurfte die Entwicklung der Frucht der Kunsthilfe, hatte aber weiter keine schweren Folgen, weder für das Junge noch für das Muttertier; im Okt. 1902 warf letzteres unter ganz normalen Verhältnissen wieder ein Junges.

Dr. E. WYSSMANN, Neuenegg:

Pseudo-Hermaphroditismus und Atresia ani et recti bei einem Kalbe.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 2. Heft, pag. 79, 1904.)

Die Kreuzgegend des Kalbes ist asymmetrisch entwickelt, die Wirbelsäule ist rechts gekrümmt. Der Anus fehlt vollständig; der Endteil des Rectums kann nicht durchgefühlt werden. Die Vulva ist auffallend klein; in der unteren Commissur befinden sich ein ziemlich langer Haarbüschel und die stark entwickelte *penisartige Klitoris. Dieselbe ist schwach S-förmig gekrümmt, 2 cm lang, 0,6 cm dick und besitzt an ihrem kaudalen Ende eine ganz kleine Oeffnung.* Das Euter ist normal entwickelt.

Sektion: Das Rectum stark ausgeweitet; 5 cm von der Perinealhaut endigend und mit dem Vestibulum vaginæ durch eine bleistiftdicke Oeffnung kommunizirend (Rectovaginalfistel). *Rectum, Vagina und Harnblase sind mit gelblichem Kotbrei angefüllt.* Das *Vestibulum vaginæ* durch eine Querfalte (Hymen) von der Vagina geschieden, *kaudalwärts stark verkürzt, sich trichterförmig mehr und mehr verengend und mit einem 5,5 cm langen, federkieldicken, mit Schleimaut ausgekleideten Kanal (Canalis genitalis), welcher zuletzt die penisähnliche Klitoris durchzieht, nach aussen mündend.* Die Rima vulvæ 1 cm lang, die Vulva geht bloss 2 cm tief, um dann blind zu endigen. Durch die Rectovaginalfistel entleerte sich der Darminhalt zunächst in den kranialen, nicht obliterierten Teil des Vestibulum vaginæ und von hier in Vagina und Harnblase. Die

in ihrer Funktion gehemmte Harnblase vermochte den von den Nieren abgeschiedenen Harn nicht oder doch nur ungenügend aufzunehmen. Es kam zu *beidseitiger Nephritis infolge abnormer Druckverhältnisse und ammoniakalischer Gährung des Harnes.* Uterus und Ovarien normal.

Dr. E. Wyssmann, Neuenegg:

Euterhernie bei einer Kuh.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 149, 1904.)

Bauchbrüche kommen nicht so selten bei älteren Kühen gegen das Ende der Trächtigkeit oder kurz nach dem Kalben zur Beobachtung:



Fig. 55.

12 jährige, hochträchtige Kuh: am 10. Januar während mehreren Stunden auffällig starke, wilde Wehen. M.m. verschlossen; die beiden Beckenbänder schwach eingesunken und das Euter wenig gespannt. Drei Tage später erfolgte die Geburt; da die Nachgeburt nicht abgegangen

war, so verordnete Wyssmann täglich 2 mal Uterusspühlungen mit $^1/_2$% Septoformalösung. Befund am 16. Februar: Das rechte Bauchviertel ist sehr stark vergrössert, weich, nicht druckempfindlich, die Haut darüber gut verschiebbar, nicht gerötet. Die Perkussion unten matt, oben hell stellenweise tympanitisch. Eine vollständige Reposition der Geschwulst ist unmöglich. Die Exploration per rectum ergab eine tiefe Lagerung des Dünndarmes. Exitus.

Aetiologisch glaubt Wyssmann eine innere Ursache annehmen zu müssen und zwar wäre das Zerreissen der Bauchdecken durch die heftigen Geburtsanstrengungen verursacht worden. Die bald nach der Geburt sich einstellende Indigestion, sowie die Verwachsung des Netzes mit der Bauchpforte, Bauchsack und Peritoneum der rechten Flanke deuten auf einen entzündlichen Vorgang hin, der sich unzweifelhaft im Anschluss an die Geburt entwickelt hat.

C. Dissertationen.

Dr. A. Simon, Bern:

Anatomisch-Histologische Untersuchungen der Ovarien von 95 kastrierten Kühen.

Aus dem Veterinär-anatomischen Institut der Universität Bern:

Prof. Dr. Rubeli.

(Buchdruckerei F. Sutter & Cie., Rixheim, 1904.)

Es handelt sich um eine 104 Seiten starke, äusserst fleissige und tüchtige Dissertation.

Auf den ersten 72 Seiten wird eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung der 95 untersuchten Ovarien gegeben, hierauf werden die erhaltenen Resultate zusammengestellt:

Gewicht und Maasse der rechten Ovarien sind durchschnittlich grösser als die der linken. — *Die Oberfläche* war bei den meisten Ovarien mit teils strahligen, teils strichförmigen Narben bedeckt (Entstanden durch das Einreissen oder durch das manuelle Zerdrücken von Cysten Zschokke); neben diesen fand Simon auf der Oberfläche einer Anzahl von Eierstöcken bis zu 1,6 cm lange Zotten. Bezüglich der Genese bringen

His und Zschokke diese letztern in direkte Beziehung zum Corpus luteum.

Eierstockepithel: Dieses war (mit einer einzigen Ausnahme) geschwunden, was sich auf den Umstand zurückführen lässt, dass die Kühe, von denen die Eierstöcke stammen, durchnittlich ältere Tiere waren.

Albuginea: Sie war überall deutlich vorhanden und durchschnittlich 1 mm dick. Sie lässt sich unschwer in drei Lagen trennen, deren Grundgewebe aus Bindegewebs- und elastischen Fasern zusammengesetzt ist.

Stratum parenchymatosum: Die Dicke schwankt zwischen 1,32 und 5,3 mm. In der Grenzzone (Rindenzone nach His) sieht man mehr oder weniger deutlich radiär zur Oberfläche verlaufende Gefässe abbiegen und der Innenfläche der Albuginea entlang weiterziehen. Diese Grenzzone enthält die Primärfollikel.

Das Strat. parenchymat. besteht bei allen untersuchten Ovarien aus filzartig mit einander verflochtenen Bindegewebszügen. In der tieferen Schicht sind die Gefässe sehr zahlreich vorhanden; hier finden sich hauptsächlich grössere Follikel, welche von einem dicken Gefässnetz eingerahmt werden. Gegen die Mitte des Ovariums geht das Strat. parenchymat. ohne scharfe Grenze in die Zona vasculosa über.

Zona vasculosa: Dieselbe besteht in allen untersuchten Ovarien aus einer bindegewebigen Grundsubstanz und enthält zahlreiche Gefässe. Letztere treten auf als im allgemeinen dickwandige, geschlängelte Arterien und dünnwandige Venen mit klaffendem Lumen. Die Venen sind meist sehr weit und bilden manchmal sinöse Räume.

Primärfollikel: Dieselben liegen, wie oben angegeben, in der Grenzzone des Stratum parenchymatosum. *Bei sämtlichen untersuchten Ovarien fällt nun ihre äusserst geringe Zahl besonders auf.* In manchen Ovarien fand *Simon* die Eizellen der Primärfollikel degeneriert und in homogene, kugelige Klumpen, welche deutlich eine konzentrische Schichtung zeigten, umgewandelt.

Follikel: Die Zahl der mittleren und grösseren Follikel ist in den meisten der untersuchten Ovarien eine relativ kleine. In mehreren Organen ist nur eine ganz geringe Anzahl derselben nachzuweisen. Der grösste Teil dieser Follikel macht nun verschiedenartige Veränderungen durch, welche nach und nach zur völligen Atresie führen. Die atretischen Follikel werden event. durch den konzentrischen Druck des Ovarialstromas und durch die sich ausdehnenden übrigen Follikel komprimiert

und es bleiben vielgestaltige gelbliche, homogene, zellarme, gegen das übrige Ovarialstroma scharf abgesetzte Gebilde übrig. Nach längerer Zeit schwinden auch diese, indem sie durch das übrige Ovarialgewebe allmählig substituiert werden.

Cysten: Es kommen meist 3—4 grössere Cysten vor und zwar sowohl in der Tiefe der Organe, als auch mehr oberflächlich. Die kleineren Cysten findet man gewöhnlich etwas mehr im Zentrum und nur durch ihre allmählige Ausdehnung nähern sie sich der Oberfläche. Einige Ovarien bestanden fast ganz aus einer grossen, glattwandigen Cyste, durch welche das Stratum parenchymatosum zum grössten Teil zerstört worden war.

Sämtliche Cysten sind aus Follikeln hervorgegangen, dafür spricht der häufige Befund von grossen, geblähten, degenerierenden Granulosazellen, welche der Innenzone aufliegen.

Von der grössten Wichtigkeit ist die Frage nach der *Aetiologie und Pathogenese dieser Cysten.* In neuerer Zeit glaubt man, wie Zschokke angibt, die Cystenentwicklung auf eine chronische Oophoritis mit sekundärer Verdickung der Albuginea zurückführen zu müssen, indem man annimmt, dass bei diesem Zustand der Druck der Follikelflüssigkeit nicht ausreicht, um diese Hülle zu sprengen.

Gegen diese Ansicht wendet Simon ein, dass er bei keinem der Ovarien eine Verdickung der Albuginea vorgefunden habe und dieselben trotzdem durchschnittlich in hohem Grade cystös entartet waren. Er glaubt die Cystenentstehung aus der Struktur ihrer Wandungen erklären zu können, ohne auf die Entwicklung oder Nichtentwicklung des gelben Körpers Rücksicht zu nehmen.

Corpus luteum: Frische oder heranwachsende gelbe Körper konnte Simon in keinem der untersuchten Ovarien nachweisen; die wenigen in den Präparaten vorhandenen Corpora lutea waren alle schon mehr oder weniger in regressiver Metamorphose begriffen.

Das Literaturverzeichnis führt nicht weniger als 149 einschlagende Arbeiten auf; die gynækologische Fachliteratur ist eingehend gewürdigt.

Auf 4 Tafeln werden 8 hübsche mikroskopische Abbildungen beigegeben.

Dr. A. Stäheli, Kappel (Kt. St. Gallen):

Zur Biologie des Streptococcus mastitidis contagiosae.

Aus dem bakteriologischen Institut der vet.-med. Fakultät der Universität Zürich: Prof. Dr. Zschokke.

(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1904.)

Die seit 7 Jahren am vet.-pathologischen Institut Zürich ausgefürten amtlichen Untersuchungen von Milchproben auf *Agalactia catarrhalis contagiosa* haben hinsichtlich der veranlassenden Krankheitserreger eine Reihe so eigentümlicher Tatsachen gezeitigt, dass es angezeigt erscheint, diese Krankheit noch weiter zu verfolgen.

Durch die Untersuchungen von Prof. Zschokke ist festgestellt worden, *dass verschiedene Formen von Streptokokken in gelbgaltiger Milch anzutreffen sind,* nämlich: *vielgliedrige* (lange), *wenig gliedrige* (kurze) und *feingliedrige,* ohne dass es möglich war, für jede Form spezifische Krankheitssymptome oder Grade zu erkennen.

Stäheli stellte sich daher 3 Fragen zur eventuellen Beantwortung:

1. Sind die drei genannten Streptokokkenformen des gelben Galtes verschiedene Arten oder nur Varietäten einer Art?

2. Welche äusseren Einflüsse bedingen eine Aenderung der Eigenschaften der genannten Krankheitserreger?

3. Hat auch das Tier Einfluss auf die Gestaltung und Virulenz dieser Pilze?

Nach einem geschichtlichen Ueberblick der schwebenden Fragen wird die in Anwendung gebrachte Untersuchungsmethode und das Material besprochen. Weitere Kapitel behandeln: Die Kulturen im allgemeinen; die Morphologie der Pilze; die Tierimpfungen; die Versuche beim Rind und die Agglutination.

Die Resultate der Untersuchungen werden in folgende *Schlussfolgerungen* zusammengefasst:

1. Die bei der Agalactia contagiosa in der Milchdrüse vorgefundenen Streptokokken können trotz ihrer Formverschiedenheit nicht *als verschiedene Arten aufgefasst werden. Sie sind je nach den äusseren Einflüssen so variabel, dass weder die Länge der Ketten, noch die Grösse der Glieder einer Artenbestimmung zugrunde gelegt werden kann.*

2. Als Momente, welche Wachstum und Gestaltung der Gelbgalt-Streptokokken beeinflussen, sind zu nennen: Qualität des Nährbodens, Temperatur, sowie die vitalen Widerstände der tierischen Zellen.

3. Die Reaktion der Tiere gegenüber Gelbgalt-Infektion im Euter ist sehr verschiedenartig. Konstant ist eine Abnahme der Milchsekretion und das Auftreten von Leukocyten. Weniger regelmässig ist das Auftreten von Fieber, sowie die Phagocytose.

4. Bei längerem Bestehen der Krankheit zeigen sich im Blute Agglutine.

VII.

Ausländische Litteratur.

Prof. Dr. A. Döderlein, Tübingen:

Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs.

(Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1904.)

Der ganz vorzügliche Döderlein'sche Leitfaden erscheint in 6. Auflage, hat also eine Empfehlung nicht mehr nötig. 150 äusserst klare und instruktive Abbildungen sind beigegeben.

Der Student wie der Arzt werden aus der Lektüre stets reichliches Wissen und reichliche Anregung schöpfen.

Das Format des 192 Seiten starken Leitfadens ist so gewählt, dass man denselben als treuen Begleiter und Consiliarius bequem in der Tasche mitführen kann. Preis: Fr. 5.40.

Dr. Otto Dornblüth, Frankfut a. M.:

Diätetisches Kochbuch.

(A. Stubers Verlag [C. Kabitzsch], Würzburg.)

Dornblüth beschenkt uns mit der zweiten, völlig umgearbeiteten Auflage seines diätetischen Kochbuches. Wenn wir bedenken, wie wenig wir Aerzte gewöhnlich punkto rationeller Kochkunst verstehen, so müssen wir mit Freuden die Gelegenheit ergreifen, uns durch das vorliegende Opus unterrichten und belehren zu lassen. Preis: Fr. 7.25.

Prof. Dr. G. EDEBOHLS, New-York:

Die chirurgische Behandlung der chronischen Nierenentzündung.

The Surgical Treatment of Bright's Disease.

(Frank F. Lisiecki, Publisher, 9 to 15 Murray Street, New-York, 1904.)

Um den zahlreichen Anfragen der Aerzte betreffs der chirurgischen Behandlung der chronischen Nierenentzündung gerecht zu werden, hat EDEBOHLS in einem hübschen Bande von 327 Seiten seine früheren Arbeiten auf diesem Gebiet, sowie 72 selbst operierte Fälle zusammengestellt und daraus seine Schlussfolgerungen gezogen.

Mitteilungen aus der gynækologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1904.)

Wir haben schon in *Gynæcologia Helvetica IV* auf Seite 317 dieser Mitteilungen Erwähnung getan. Jetzt liegt das 3. Heft des 6. Bandes vor.

Den Reigen der Arbeiten beginnt ENGSTRÖM selbst, mit: « *Beobachtungen von hochgradiger Lockerung und Dehnbarkeit der Schamfuge während der Schwangerschaft und Zerreissung derselben während der Entbindung.* » Die Arbeit ist, wie wir dies von ENGSTRÖM nicht anders gewohnt sind, reichlich dokumentiert. Eine Röntgen-Aufnahme ist beigegeben. Dann folgt TAHVO RYTKÖLA mit: « *Drei Fälle von grosser Geschwulst des weiblichen Beckens.* » Hier sind zwei Röntgen-Aufnahmen eingefügt. Abermals gibt uns ENGSTRÖM eine sehr interessante Bearbeitung von: « *Drei klinisch beobachtete Fälle von spondylolisthetischen Becken.* » Drei Photographien illustrieren die Lendengegend der mit Spondylolisthesis behafteten Frauen und zwei Röntgen-Aufnahmen die Verhältnisse der Wirbelsäule etc. G. AHLSTRÖM beschreibt: « *Zwei Kaiserschnitte wegen narbiger Verengerung der weichen Geburtswege* »; auch hier wie in sämtlichen in Frage kommenden Publikationen genaues Eingehen auf die Litteratur. Folgen: « *Zwei Fälle von Sectio cæsarea bei engem Becken* » von L. PETERSON. Den Reigen schliesst als vorzüglicher Chef ENGSTRÖM selbst mit einer sehr lesenswerten Arbeit: « *Ueber Dystopie der Niere in klinisch-gynækologischer Beziehung* ».

Die hier kurz angeführte Inhalts-Übersicht zeigt klar und deutlich wie ernst es ENGSTRÖM mit seinen Pflichten nimmt und wie er seinen Assistenten stets mit leuchtendem Beispiel voranzugehen pflegt. Preis: Fr. 4.75.

Prof. L. H. FARABEUF und Dr. H. VARNIER, Paris:

Einführung zum klinischen und praktischen Studium der Geburtshilfe.

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des Accouchements.

(Georges Steinheil, Editeur, Paris.)

Hier handelt es sich wohl um eines der besten französischen Bücher geburtshülflichen Inhaltes. Die beigegebenen 362 Abbildungen sind künstlerisch ausgeführt.

Abgehandelt werden die Anatomie, die Stellungen und Lagen des Fœtus, der Geburtsmechanismus; die geburtshülfliche Untersuchung (diese ist ein wahres Meisterstück), die Wendung, Extraktion und Zange.

Es ist ein wahrer Genuss, das wunderbar ausgestattete Buch zu durchgehen. Papier und Druck non plus ultra! Preis: Fr. 15. —.

Doc. Dr. R. FREUND, Halle a. S.:

Zur Lehre von den Blutgefässen der normalen und kranken Gebärmutter *.

Mit 26 kolorierten Abbildungen auf 17 Tafeln.

(Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1904.)

Das sehr lesenswerte Opus stammt aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik und dem kgl. anatom. Institut zu Halle und ist W. A. FREUND gewidmet. Besprochen werden der Reihe nach: Der Stamm der Art. ute-

* *Bemerkung des Ref.:* Es wäre sehr zu wünschen, dass *R. Freund* seine interessanten Untersuchungen auch auf die Retroflexio uteri ausdehnt; vielleicht könnte dadurch eine einheitlichere Basis für die so auseinandergehenden Ansichten der Therapie dieser Affektion geschaffen werden.

terina; die Gefässverhältnisse beim Fœtus und Neugeborenen; die Kapillarnetze; die Gefässverhältnisse am kindlichen præmenstruellen und partalen Uterus; Präparate frisch menstruierender Uteri. Im pathologischen Teil werden abgehandelt: Postmenstruelle Zeit; Aktive und passive Kongestion; Myome; Karzinome; Alterserscheinungen und Gefässerkrankungen; Symptomatologie.

Die kolorierten 17 Tafeln sind wahrhafte Kunstwerke. Preis: Fr. 2.40.

Prof. Dr. H. Fritsch, Bonn:

Geburtshilfe.
Eine Einführung in die Praxis.

(Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1904.)

Fritsch wünscht in der vorliegenden Geburtshilfe dem vorgeschrittenen Studenten und dem jungen Arzte ein Buch an die Hand zu geben, das ihm ein Ratgeber in der Praxis, ein Leitfaden im Zweifel und eine Stütze bei Unsicherheit des Entschlusses sein soll.

Die Gruppierung des Stoffes wurde mehr von der Logik, als von den traditionellen Einteilungsprinzipien abhängig gemacht.

Wenn man bedenkt, dass Fritsch nun 30-jährige Erfahrungen als Lehrer der Geburtshilfe zu Gebote stehen, so wird man wohl begreifen, dass die vorliegende Geburtshilfe als eine subjektive Bearbeitung des Stoffes neben zahlreichen ähnlichen Lehrbüchern dennoch eine markierte Stellung einnimmt, die sowohl der Student, als auch der Arzt und Spezialarzt immer mit Nutzen durchgehen wird. Dem Text sind 73 Abbildungen beigegeben. 467 Seiten stark. Preis: Fr. 13.50, geb. Fr. 14.85.

Dr. Fr. Jürss, Rostock:

Beiträge zur Kenntnis der Wirkungen einiger als Volksabortiva benutzten Pflanzen, Tanacetum, Thuja, Myristica.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1904.)

Es handelt sich um eine 12 Seiten starke Broschüre, der ein Vorwort von Prof. R. Kobert beigegeben ist. 3 hübsche, farbige Tafeln illustrieren

die Veränderungen in der Kaninchen- und Meerschweinchenleber nach Myristicin- resp. Isomyriisticinvergiftung.

Zahlreiche Versuche an Fröschen, Schildkröten, Fischen, Vögeln etc. geben der vorliegenden Arbeit, die hauptsächlich vom Gerichtsarzt mit Vorteil studiert werden wird, eine streng wissenschaftliche Grundlage. Preis: Fr. 4.75.

Doc. Dr. Erwin Kehrer, Heidelberg:

Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen.

(Verlag von S. Karges, Berlin, 1905.)

Publikationen wie die vorliegende zeigen immer wieder auf's neue, wie ernst es der deutsche Frauenarzt und Forscher mit seiner Disziplin nimmt. Wenn wir nur an « Uterus und Herz » von Kisch, an « Die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Gynækologie » von Krönig, an « die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett » von Fellner denken, so sind wir freudig überrascht, ein weiteres einschlagendes Opus diesen eben genannten anfügen zu können.

Solche Arbeiten bewahren uns vor Verflachung; sie rufen uns stets in Erinnerung, dass wir ob dem Einzelnen das Ganze nicht vergessen dürfen.

Es würde zu weit führen, das Inhaltsverzeichnis der Kehrer'schen, sehr fleissigen, 215 Seiten starken Abhandlung vollständig wiederzugeben; wir können hier nur versichern, dass jeder aus der Lektüre reichen Gewinn für sich und seine Schutzbefohlenen schöpfen wird. *Abgehandelt werden* unter anderm: Die Magenveränderungen zur Zeit der Menstruation; Verhalten der Magensekretion in der Schwangerschaft; Verhältnisse der Magensekretion bei fiebernden Wöchnerinnen; Verhalten der Motilität des Magens in der Schwangerschaft und im Wochenbett; Vomitus-Ptyalismus und Hyperemesis gravidarum; Hämatemesis-unstillbare Diarrhœen und Blutdurchfälle in der Schwangerschaft; Aetiologie der nervösen Beziehungen zwischen Genital- und Magendarmerkrankungen; die Magenbeschwerden bei der Menstruation; Bezie-

hungen zwischen Ovarial- und Magenkarzinom und zwischen Uterus- und Magenkarzinom; Hämatemesis nach gynækologischen Operationen* etc. etc. Preis: Fr. 7.55.

Dr. F. KERMAUNER, Heidelberg**:

Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1904.)

Die KERMAUNER'sche Broschüre ist 137 Seiten stark; es liegen derselben 40 eigene, detailliert untersuchte Fälle (Grazer- und Heidelberger Frauenklinik unter von ROTHORN) zu Grunde und nicht weniger den 43 makroskopische und mikroskopische Abbildungen. Zusammenhängend werden am Schlusse der äusserst fleissigen Arbeit besprochen: Sitz des Eies; Ausgang nach dem Sitz; Makroskopische Diagnose der Schwangerschaft; mikroskopische Diagnose; Zeitpunkt der Unterbrechung der Schwangerschaft; Blutungen aus dem Genitale; Einbettung des Eies; Reflexa; Struktur der Capsularis; Deportation; Kolumnare und interkolumnare Einbettung; Einbettung im Divertikel; Decidua in der Tube; Veränderungen am Uterus; Peritoneum; Aetiologie.

Das Litteraturverzeichnis führt 75 Arbeiten auf. Preis: Fr. 8.10.

Prof. Dr. Heinrich KISCH, Prag:

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygieinischer Beziehung.

(Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1904.)

In *Gynæcologia Helvetica IV,* pag. 324 haben wir bereits die Gelegenheit wahrgenommen, die ersten beiden Abteilungen des *Kisch*'schen Werkes zu besprechen; nun liegt in der dritten Abteilung der Schluss

* Siehe *Correspondenz-Blatt* f. Schw. Aerzte, 1899, N° 18: *Doc. Dr. O. Beuttner:* « Ueber Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynækologisch-geburtshülflichen Narkosen ».

** Auch in der « Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie ». Bd. XX. Ergänzungsheft veröffentlicht.



des Opus vor. Derselbe behandelt noch wichtige Gebiete der Geschlechtsepoche der Menakme und die gesammte Epoche der Menopause. Es sei dem Referent gestattet, auch diesesmal dem nun vollständig vorliegenden Werke *Kisch's* einen vollen Erfolg zu wünschen. Preis: Fr. 8.10.

Prof. Dr. Küstner, Breslau:

Kurzes Lehrbuch der Gynækologie.

(Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1904.)

Es handelt sich um ein in jeder Beziehung ganz vorzügliches Lehrbuch, das von Bumm, Döderlein, Karl Gebhard, v. Rosthorn und Küstner bearbeitet worden ist, und zwar handelt es sich um die zweite, neuüberarbeitete Auflage mit 1 Tafel und 298 teils farbigen Abbildungen im Text.

Das vorliegende Buch ist in erster Linie für den Studenten geschrieben und gibt so eine Ergänzung der grossen, medizinischen Disziplin; besonderes Gewicht wurde auf die Darstellung der wissenschaftlich exakten Auffassung der Gynækolegie gelegt, daneben wurde aber auch die praktisch-klinisch-therapeutische Seite nicht vernachlässigt; so sind die Operationen der Gross- und Kleingynækologie ausführlich beschrieben.

Sätze und Abschnitte, welche etwas Lehrsatz- oder Grundsatzähnliches sagen sollen, sind in Kursivschrift gehalten.

Man darf wohl ohne jede Uebertreibung sagen, dass das Küstner*'sche kurze Lehrbuch der Gynækologie sowohl was Redaktion, als was Illustration, Papier, Druck und Preis anbelangt, von keinem ähnlichen Werke erreicht wird.* Preis: Fr. 10.10, geb. Fr. 12.15.

Dr. Theodor Landau, Berlin:

Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1904.)

Th. Landau gibt auf 82 Seiten eine gut dokumentierte Studie über « Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden ».

Jedes der 6 Kapitel bringt als Einleitung eine übersichtliche Inhaltsangabe.

Zum Schlusse macht Th. LANDAU auf die *Sigmoiditis* aufmerksam:

« Viele Affektionen gynækologischer Natur treten sehr oft gerade zu diesem Teile des Darmtraktus in Beziehung, so dass man meines Erachtens über « Sigmoiditis und deren Beziehungen zur Gynækologie » vielleicht ebensoviel sagen kann, wie über das Thema « Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden ».

Die Lektüre der vorliegenden Publikation gibt mannigfache Anregungen, für die wir dem Autor nur dankbar sein können. Preis: Fr. 2.70.

Anmerkung des Ref.: Dr. A. Mayor **von Genf hat bereits im Jahre 1903 auf entzündliche Affektionen der linken Fossa iliaca aufmerksam gemacht, denen er den Namen *Sigmoiditis* und *Perisigmoiditis* beilegte; im Jahre 1896 hat er des weiteren in der Gesellschaft der Aerzte der französischen Schweiz einen weiteren, einschlagenden Fall mitteilen können (Sur une variété d'Entérite iliaque. Rev. Méd. de la Suisse rom. 1893).**

Prof. Dr. M. LANGE, Königsberg i. B:

Vademecum der Geburtshülfe für Studierende und Aerzte.

(A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch) Würzburg, 1904.)

Das bereits bestens eingeführte LANGE'sche *Vademecum* erscheint in dritter, vermehrter und umgearbeiteter Auflage; auch die Ausstattung ist eine sehr reichhaltige geworden (118 Abbildungen).

Das charakteristische an dem vorliegenden Vademecum ist die intensive Kondensation des Gebotenen, was gleichbedeutend ist mit ausserordentlicher Reichhaltigkeit.

Wir können daher das Lange'sche Vademecum ganz besonders dem in die Praxis tretenden Arzte aufs Allerbeste empfehlen. Preis: Fr. 6.—.

Doc. Dr. L. Mandl und Dr. O. Bürger, Wien:

Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter*.

Mit 6 Abbildungen und 14 Kurven im Text, sowie 13 Tafeln im Anhang.
(Verlag von Franz Deutike, Leipzig und Wien, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der uns interessierenden Frage, nach Berücksichtigung der Tierexperimente und histologischen Untersuchungen, werden eingehend die klinischen Untersuchungen besprochen, die sämtlich der Schauta'schen Klinik entstammen: es werden der Reihe nach abgehandelt: 1. Supravaginale Amputation, Totalextirpation des Uterus per abdomen mit Entfernung der Ovarien; 2. Supravaginale Amputation, Totalextirpation des Uterus per laparotomiam mit Belassung eines oder beider Ovarien; 3. Vaginale Totalextirpation des Uterus wegen Myom mit Entfernung der Ovarien; 4. Vaginale Totalextirpation des Uterus wegen Adnexerkrankung mit Entfernung der Ovarien; 5. Vaginale Totalextirpation des Uterus mit Belassung beider Ovariien; 6. Vaginale Totalextirpation des Uterus mit Belassung eines Ovariums.

Nach einer Zusammenfassung der erhaltenen Resultate folgen noch Untersuchungen über die Energie der Lebensfunktionen des Weibes nach Entfernung der Gebärmutter mit und ohne Anhänge.

Das lehrreiche Opus ist 240 Seiten stark; es wird den nach Erkenntnis strebenden Gynækologen auf's Höchste interessieren. Preis: Fr. 9.45.

* Es ist sehr erfreulich zu konstatieren, dass die *Schauta*'sche und die *Chroback*-sche Klinik oft einander in der Lösung wichtiger Fragen gegenseitig unterstützen; so verbreitet sich *Keitler* in der « Monatsschrift für Geburtshülfe und Gyn. », Bd. XX, Ergänzungsheft, p. 686: « Ueber das anatomische und funktionelle Verhalten der belassenen Ovarien nach Exstirpation des Uterus ». Das verarbeitete Material entstammt der *Chroback*'schen Klinik.

Dr. R. Müllerheim, Berlin:

Die Wochenstube in der Kunst.

Eine kulturhistorische Studie.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1904.)

Diejenigen Aerzte, die neben ihren med. Studien auch noch « Kunst betreiben », werden mit Freuden das Müllerheim'sche Werk begrüssen, das Wilhelm Alexandre Freund gewidmet ist.

Reproduziert und besprochen werden nicht weniger als 138 einschlagende Tableaux, die folgende Sujets behandeln: Wochenstube, Bett, Geburtsstuhl, Pflege der Wöchnerin, Pflege, Kleidung, Ernährung und Bett des Kindes, Glaube und Aberglaube in der Wochenstube etc.

Das Müllerheim'sche Opus ist in Gross-Format, mit vorzüglichem Papier und Druck, wie man es eben von F. Enke stets gewohnt ist. Preis: Fr. 21.60.

Prof. Dr. Wilh. Nagel, Berlin*:

Gynækologie für Aerzte und Studierende.

(Verlag von Fischers Mediz. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin, 1904.)

Die *Nagel'sche Gynækologie* erscheint in zweiter vermehrter und verbesserter Auflage; sie versucht in erster Linie den *Bedürfnissen* des in die *allgemeine Praxis eintretenden Arztes* gerecht zu werden. Dieses Ziel hat sie auch vollkommen erreicht durch eine klare Ausdrucksweise und 68 hübsche, dem Text beigegebene Abbildungen. Ein weiterer Vorzug der *Nagel'schen Gynækologie* basiert auf *33 instruktiven Tafeln,* die folgende Operationen und pathologische Zustände aufs Beste illustrieren (die Tafeln sind von dem Kunstmaler Fr. Trohse nach der Natur gezeichnet):

1. Alexander Adam'sche Operation; 2. Totalexstirpation des Uterus durch Laparotomie; 3. Carcinoma corporis uteri und colli uteri; 4. Naht des Cervixrisses; 5. Totalexstirpation des Uterus durch die Scheide; 6. Discisio orificii uteri externi; 7. Entzündlicher Adnextumor und geplatzte

* In *Gyn. Helvet.* III, p. 265, haben wir bereits Gelegenheit gehabt, die von *Nagel* herausgegebene « *Operative Geburtshülfe für Aerzte und Studierende* » zu besprechen.

Tubenschwangerschaft aus den ersten Wochen; 8. Unvollendeter Tubenabort, Eierstock und seine Bänder; 9. Chronisch entzündeter Eierstock mit zahlreichen Graaf'schen Follikeln; Completer Dammriss; 10. Längsdurchschnitt durch ein Becken mit Descensus vaginae und Elongatio colli uteri; 11. Completer Dammriss, Naht des Rektum; 12. Colporrhaphia anterior: Anfrischungsfigur und Naht; 13. Colporrhaphia posterior: Anfrischungsfigur und Naht; 14. Amputatio colli uteri; 15. Operation einer Blasen-Scheidenfistel; 16. Verengerung der Harnröhrenmündung; 17. Dammplastik durch Lappenbildung. 420 Seiten stark. Preis: Fr. 13.50.

Prof. Dr. G. C. NIJHOFF, Groningen:

Fünflingsgeburten.

(Verlag von J. B. Wolters, Groningen, 1904.)

NIJHOFF veröffentlicht in Atlasform einen neuen, von Dr. BLÉCOURT in Hees beobachteten Fall von Fünflingsgeburt; die dabei zu Tage geförderten Früchte, nebst Placenta, werden durch 9 vorzüglich ausgeführte Tafeln illustriert. Eine zehnte Tafel repräsentiert das Innere einer Gebärstube in Scheveningen, in der im Jahre 1719 ebenfalls Fünflinge zur Welt kamen. Dann folgt eine Fünflingsgeburt aus dem Jahre 1796; daran schliesst sich eine Casuistik von 27 Fällen von Fünflingsgeburt mit Tafel 11 (Fall Dr. S. J. Mathews).

Nach einer analytischen Uebersicht der erwähnten Fälle folgt im Anhang eine Sechslingsgeburt, mit entsprechender Abbildung auf Tafel XII und « die Siebenlinge von Hameln », mit Illustration auf Tafel XIII.

Zum Schlusse gibt Nijhoff eine chronologische Uebersicht der mitgeteilten Beobachtungen.

Der Text ist in deutscher und holländischer Sprache abgefasst. Zwei stereoskopische Photographien sind beigegeben.

Die geburtshülflichen Lehranstalten werden sich gerne diesen neuen Demonstrations-Atlas zulegen.

Dr. L. PINCUS, Danzig:

Belastungslagerung.

Grundzüge einer nichtoperativen Behandlung chronisch-entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1905,)

Eine 152 Seiten starke Broschüre, welche die klinisch-kasuistische Bearbeitung des gesamten Materiales des Verfassers bringt. Wichtige Neuerungen, wie die Behandlung der Blutarmut, der Sympathikusneurosen, die Methode der Rückenmarksdehnung, die Kolpeuryntermassage, die Entwicklung der gynækologischen Untersuchung in Mittelhochlagerung und u. a. m. gliedern sich als ergänzende Teile dem Ganzen an.

25 Abbildungen erläutern auf's Beste die in Betracht kommenden Instrumente und Manipulationen

Das PINCUS'sche Buch sei den Praktikern zur Lektüre anempfohlen
Preis: Fr. 4.90.

Doc. Dr. A. RIELÄNDER, Marburg:

Das Paroophoron.

Vergleichend anatomische und pathologisch-anatomie Studie.

(Verlagsbuchhandlung N. G. Elwert, Marburg, 1904.)

Die vorliegende, 119 Seiten starke Habilitations-Schrift stammt aus dem pathologischen Institut zu Marburg. Untersuchungen wurden angestellt an Kalbsfœten, an Schafsfœten, an Schweinen, an Kälbern, an Schafen, an Ziegen, an Meerschweinchen, an menschlichen Fœten und Neugeborenen, an Kindern im Alter von vier Monaten bis zu fünf Jahren und an Erwachsenen.

RIELÄNDER gibt dann einen vergleichenden Rückblick der uns interessierenden Frage und stellt zum Schlusse seine Befunde in 16 kurzen Sätzen zusammen.

Dem Text sind 11 mikroskopische Abbildungen beigegeben, zudem gibt eine Tafel 6 Schemata der innern Geschlechtsorgane (Paroophoron in Farben) vom Menschen, vom Meerschweinchen, vom Schaf, vom Schwein, vom Kalb und von der Ziege.

Wie jeder aus den vorhergehenden Zeilen selbst zu schliessen vermag, präsentiert uns RIELÄNDER in seinen Untersuchungen eine jener Habilitationsschriften, die einen festen Schritt vorwärts in einer bestimmt umschriebenen Frage bedeuten. Das Litteraturverzeichnis führt 99 Arbeiten auf.

Dr. W. RISEL, Leipzig:

Ueber das maligne Chorionepitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen.

Arbeiten aus dem pathologischen Institute zu Leipzig.

Herausgegeben von *F. Marchand.* Heft 1.

(Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1903.)

Zuerst wird *das maligne Chorionepitheliom* abgehandelt und zwar in folgenden Kapiteln: a. Das maligne Chorionepitheliom im Allgemeinen; b. Die Blasenmole und ihr Verhältnis zum malignen Chorionepitheliom c. Nachweis des Zusammenhanges des Geschwulstgewebes in Chorionepitheliomen mit dem Epithelüberzug noch erhaltener Chorionzotten; d. Die metastatischen Chorionepitheliome ohne Geschwulstbildung im Uterus oder in den Tuben. e. Theorien über die Ursachen der malignen Wucherungen des Chorionepithelioms. Anhangsweise folgt eine Besprechung des malignen Chorionepithelioms in den neueren Lehrbüchern. RISEL beschreibt dann 6 eigene Fälle von malignem Chorionepitheliom und 2 Fälle von chorionepitheliomverdächtigen Wucherungen nach Blasenmole bezw. Abort ohne Entwicklung einer malignen Neubildung.

Der zweite Teil des 170 Seiten starken Opus bespricht *die chorionepitheliomartigen Wucherungen in Hodenteratomen.* Nach einer Uebersicht über die bisherige Litteratur folgen zwei eigene Beobachtungen; zum Schlusse bespricht *Risel* das Verhältnis des malignen Chorionepithelioms des Weibes zu den chorionepitheliomartigen Wucherungen in Teratomen.

Das Litteraturverzeichnis führt 131 einschlagende Arbeiten an.

Auf 3 Tafeln werden 11 mikroskopische Abbildungen wiedergegeben.

Dass es sich um eine gediegene Arbeit handelt, dafür bürgt schon der Name Marchand. Preis: Fr. 9.45.

Prof. Dr. Max Runge, Göttingen:

Der Krebs der Gebärmutter.

Ein Mahnwort an die Frauenwelt.

(Verlag von Julius Springer, Berlin, 1905.)

Runge richtet sein Mahnwort in eindringlicher Weise an die Frauen. Die 22 Seiten starke Broschüre liest sich sehr leicht und wollen wir hoffen, dass sie eine weitere Waffe des Kampfes gegen den Uteruskrebs abgebe.

Jede Broschüre enthält am Schlusse einige Merkblätter, die bestimmt sind, herausgenommen und unter die Frauen verteilt zu werden.

Preis: Fr. 1.35.

Doc. Dr. Osk. Schæffer, Heidelberg:

Ursachen und Verhütung von Frauenkrankheiten.

(Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart, 1904.)

Das vorliegende, 94 Seiten starke Büchlein ist aus den Volkshochschulkursen hervorgegangen, welche Schæffer in Mannheim gehalten. Es hat also die Feuerprobe in jeder Hinsicht bestanden.

Besprochen werden, in einem für das weibliche Geschlecht leicht verständlichen Stil, die Menstruation und ihre Störungen; die Entzündungen der Beckenorgane, deren Folgen und Vermeidung, die Verlagerungen der inneren Geschlechtsorgane, deren Folgen und Vermeidung; das Vorkommen von Geschwülsten etc.

Die Aerzte möchten das wirklich anziehend und mit 21 Abbildungen versehene Werkchen recht oft ihren Patientinnen zur Lektüre anempfehlen; das wünscht der Referent von Herzen. Preis: Fr. 1.60, geb. Fr. 2.—.

Prof. Dr. F. Schauta und Dr. F. Hitschmann, Wien:

Tabulæ Gynæcologicæ.

(Verlag von Franz Deutike in Leipzig und Wien.)

Es handelt sich um 29 farbige, mikroskopische Tafeln auf transparenter Leinwand, welch' erstere, die wichtigsten Gebiete umfassend, al-

len rigorosen Forderungen zu entsprechen geeignet sind, um das mikroskopische Bild im Unterrichte zu ersetzen.

Der klinische Lehrer wird dieses neue Demonstrationswerk mit Freuden begrüssen und ebenso derjenige Gynækologe, der sich die Anschaffung solcher Prachtswerke gestatten darf.

Der erläuternde 60 Seiten starke Text ist in deutscher, französischer und englischer Sprache abgefasst. Preis: Fr. 162.—.

Dr. C. H. Stratz, den Haag*:

Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses.

Ein Wort an alle praktischen Aerzte.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1904.)

Stratz gibt auf 53 Seiten eine sehr hübsche Bearbeitung der rechtzeitigen Erkennung des Uteruskrebses, die hoffentlich die Aerzte aufzurütteln im Stande ist, damit die Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses immer häufiger gestellt werden möge. 25 Abbildungen im Text und 10 farbige Abbildungen der verschiedenen Collumkrebse erleichtern auf's Beste das Verständnis. Preis: Fr. 4.—.

Dr. C. H. Stratz, den Haag:

Naturgeschichte des Menschen.

Grundriss der somatischen Anthropologie.

Mit 342 teils farbigen Abbildungen und 5 farbigen Tafeln.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1904.)

Stratz verfolgt mit der Veröffentlichung seines neuesten Opus einen doppelten Zweck; es soll wissenschaftlich die Lehre vom menschlichen

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 336: *Prof. Dr. G. Winter:* « Die Bekämpfung des Uteruskrebses » und *diesen Jahrgang,* pag. 238. *Prof. Dr. M. Runge:* « Der Krebs der Gebärmutter ». Ein Mahnwort an die Frauenwelt.



Körper, in lebendiger Gestaltung, mit reichem photographischem Anschauungsmaterial, auf der Grundlage dcr vergleichenden Anatomie, der Entwicklungsgeschichte und der Paläontologie aufbauen, dann soll es *allgemeinverständlich* und in weiteren Kreisen die wissenschaftlichen Bestrebungen und Ziele der *Menschenkunde* fördern helfen.

Unnötig zu sagen, dass Stratz die Aufgabe auch diesmal vorzüglich gelöst.

Das Buch ist 408 Seiten stark; die Illustration ist meisterhaft und Druck und Papier non plus ultra. Preis: Fr. 21.60.

VIII.

Verschiedenes.

A. Ernennungen.

Privat-Docent Dr. BÉTRIX in Genf: Zum Vize-Präsident der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz pro 1904/5.

Dito: Zum Rapporteur « Ueber die Frage des malignen Chorionepithelioms » am internationalen Gynækologen-Kongress 1906 in St. Petersburg.

Dito: Zum Ehrenpräsident der Sitzung vom 27. April 1903, der geburtshülflich-gynækologischen Sektion des 14. internationalen Kongresses für Medizin in Madrid.

Privat-Docent Dr. R. KÖNIG in Genf: Zum Sekretär der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz (Demissionierender Sekretär: Doc. Dr. O. BEUTTNER).

Prof. Dr. MURET in Lausanne: Zum Präsident der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz pro 1904/5. (Abtretender Präsident: Prof. Dr. A. JENTZER.)

B. Statuten, Referate und Hebammenzeitungen.

Statuten der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz.

Art. I. — Unter dem Namen « Geburtshülflich-gynækologische Gesellschaft der französischen Schweiz » ist eine wissenschaftliche Gesellschaft gegründet worden, deren Zweck es ist, die Geburtshülfe und Gynækologie zu fördern. Der Sitz dieser Gesellschaft ist in Genf.

Art. II. — Es finden jährlich 6 Sitzungen statt, abwechselnd in einer der Universitätsstädte der französischen Schweiz. Die Einladungen zu den Sitzungen geschehen vermittelst der Post. Das Geschäftsjahr beginnt mit dem 1. November.

Art. III. — Um als Aktiv-Mitglied aufgenommen zu werden, muss der Kandidat (Autorisation im ganzen Gebiet der Schweiz zu praktizieren) eine wissenschaftliche Arbeit publiziert haben, die in das Gebiet der Geburtshülfe oder der Gynækologie einschlägt, oder er muss sich speziell mit Geburtshülfe und Gynækologie befasst haben. Er muss durch drei Mitglieder eingeführt werden und hat sein Eintrittsgesuch schriftlich dem Präsidenten zukommen

Statuts de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande.

Art. I. — Il est fondé sous le nom de « Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande » une société scientifique qui aura pour but de contribuer à l'étude de ces deux branches des sciences médicales. Le siège de la Société est à Genève.

Art. II. — Les réunions de la Société auront lieu 6 fois par an, alternativement dans une des villes universitaires de la Suisse Romande. Les convocations aux séances se feront par avis postaux. L'exercice administratif commence le 1er novembre.

Art. III. — Pour être reçu membre titulaire de la Société, le candidat (autorisé à pratiquer la médecine en Suisse) devra avoir publié un travail scientifique se rapportant à l'Obstétrique ou à la Gynécologie, ou être connu comme s'occupant plus spécialement de ces deux sciences médicales. Il devra être présenté par 3 membres et sa demande d'admission sera adressée par écrit au Président de la Société. L'éléction se fait dans la séance suivante, à la ma-

zu lassen. Die Abstimmung erfolgt in der nächsten Sitzung mit ²/₃ Mehrheit der anwesenden Mitglieder und in geheimer Abstimmung. Wegzug aus der Gesellschaft muss schriftlich bei der Kommission angemeldet werden.

Art. IV. — Das Bureau der Gesellschaft setzt sich zusammen aus:
Einem Präsidenten,
Einem Vize-Präsidenten,
Einem Sekretär-Kassier.

Die Komitee-Mitglieder werden in der ersten Sitzung des Geschäftsjahres gewählt, mit ²/₃ Stimmen Mehrheit und für die Dauer eines Jahres; nur der Sekretär kann sofort wieder gewählt werden. Die Gesellschaft haftet durch die gemeinsame Unterschrift seines Präsidenten und Sekretärs.

Art. V. — Der Jahresbeitrag wird für jedes Geschäftsjahr speziell bestimmt; er kann nicht unter 10 Fr. betragen. Das Eintrittsgeld ist auf 25 Fr. angesetzt. Es kann auch eine einmalige endgültige Zahlung von 200 Fr. geleistet werden.

Art. VI. — Jede Statutenänderung muss einer Abstimmung unterworfen werden; sie ist nur mit ²/₃ Mehrheit der Mitglieder durchführbar und muss 2 Monate vorher angezeigt werden.

jorité des deux tiers des membres présents et au scrutin secret. La sortie de la Société devra se faire par démission envoyée par écrit au Comité.

Art. IV. — Le Bureau de la Société se compose:
D'un Président,
D'un Vice-Président,
D'un Secrétaire-Trésorier.

Ils sont élus dans la première séance de l'année administrative, à la majorité des deux tiers des voix et pour la durée d'une année; le secrétaire seul est immédiatement rééligible. La Société est engagée par les signatures collectives de son Président et de son Secrétaire.

Art. V. — Le montant de la contribution annuelle sera fixée chaque année et ne pourra être inférieur à fr. 10. Il sera perçu un droit d'entrée de fr. 25 pour les nouveaux membres. Il est prévu en outre une cotisation à vie fixée à fr. 200.

Art. VI. — Toute modification aux statuts devra être soumise à la votation et elle ne sera accepté qu'à la majorité des deux tiers des voix des sociétaires, auxquels elle devra être notifiée deux mois d'avance.

Art. VII. — Im Falle einer Auflösung der Gesellschaft wird die letzte Generalversammlung über die Verwendung allfälliger Aktiva beschliessen.

Angenommen in der Sitzung vom 2. März 1905.

Art. VII. — En cas de dissolution de la Société la dernière assemblée générale décidera de l'emploi de l'actif disponible.

Approuvés en assemblée générale du 2 mars 1905.

Doc. Dr. M. Bourcart, Genf:

Der Bauch.

Le Ventre.

Anatomische und klinische Untersuchungen der Abdominalhöhle vom Standpunkt der Massage.

(Verlag von H. Kündig, Genf, 1904.)

Das *Bourcart*'sche Opus enthält auf 302 Seiten nicht weniger als 134 Illustrationen, zum Teil nach selbsthergestellten photographischen Aufnahmen, zum Teil nach Federzeichnungen, der künstlerischen Hand *Bourcart*'s selbst entstammend.

Abgehandelt wird zuerst « die äussere Configuration des Abdomens, des Rumpfes und des Rückens »; dann werden die Bauchwandungen besprochen und wird die Exploration des Abdomens angefügt. Durch zahlreiche photographische, vorzüglich ausgeführte Reproduktionen wird die Palpation bildlich dargestellt.

Wir geben hier 4 photographische Abbildungen wieder, die « *Die Palpation der Nieren* » illustrieren:



Fig. 56. (Original.)

ılpation der rechten Niere in aufrechter Stellung, Patientin leicht nach rechts etwas nach vorn geneigt.



Fig. 57. (Original.)

Bimanuelle Palpation der rechten Niere in halbliegender Stellung der Pat. und Obendrängen der Niere. Trepidation, Vibration.



Fig. 58. (Original.)

Palpation der rechten Niere in sitzender Stellung. Pat. leicht nach vorn und rechts geneigt.

Der zweite, voluminösere Teil des vorliegenden Buches behandelt ausschliesslich *die Niere.*

Nach Allgemein-Bemerkungen werden besprochen die Topographie der Niere betreffs der Lumbalgegend; die Topographie der Nieren, indem man selbe durch die Abdominalhöhle hindurch untersucht, die Anatomie der Fixationsvorrichtungen der Niere; Allgemein-Betrachtungen zur pathologischen Anatomie der Wanderniere etc. etc.



Fig. 59. (Original.)

Einhändige Palpation der rechten Niere von links her, bei krebszangenförmiger Stellung der linken Hand, während die rechte Hand untersucht und die Niere wegdrängt.

Die beiden Hände können auch zu gleicher Zeit die beiden Nierengegenden zangenförmig umfassen.

Es sei uns gestattet, die Vorzüglichkeit und Reichhaltigkeit der Illustrationen durch einige Federzeichnungen *Bourcart*'s zu belegen:

Fig. 60. (Original.)

Verhältnis des Duodenums zur rechten Niere.

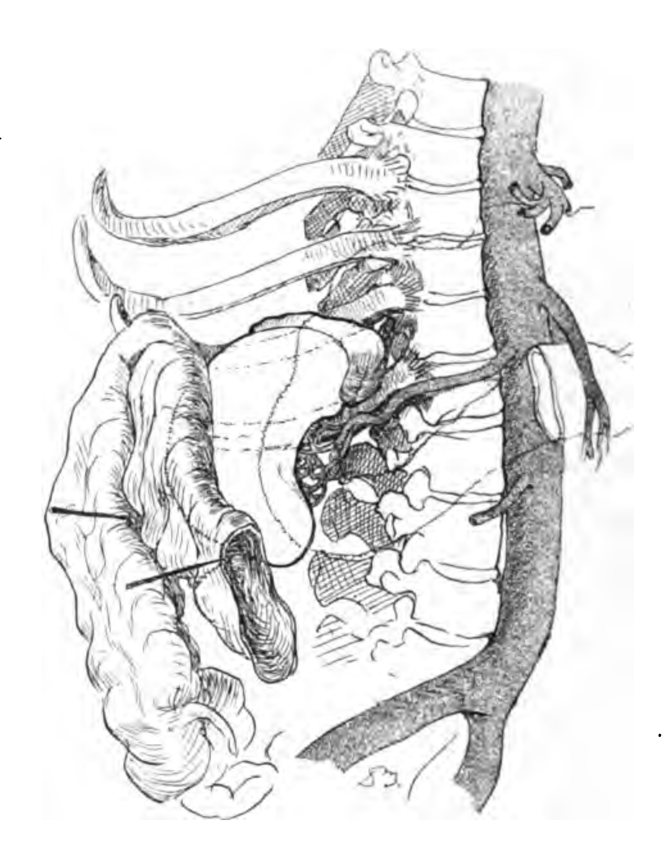


Fig. 61. (Original.)

Verhältnis der rechten Niere zum Colon ascendens, zu den letzten Rippen und zum Duodenum (punktiert). Disposition der Nierengefässe.

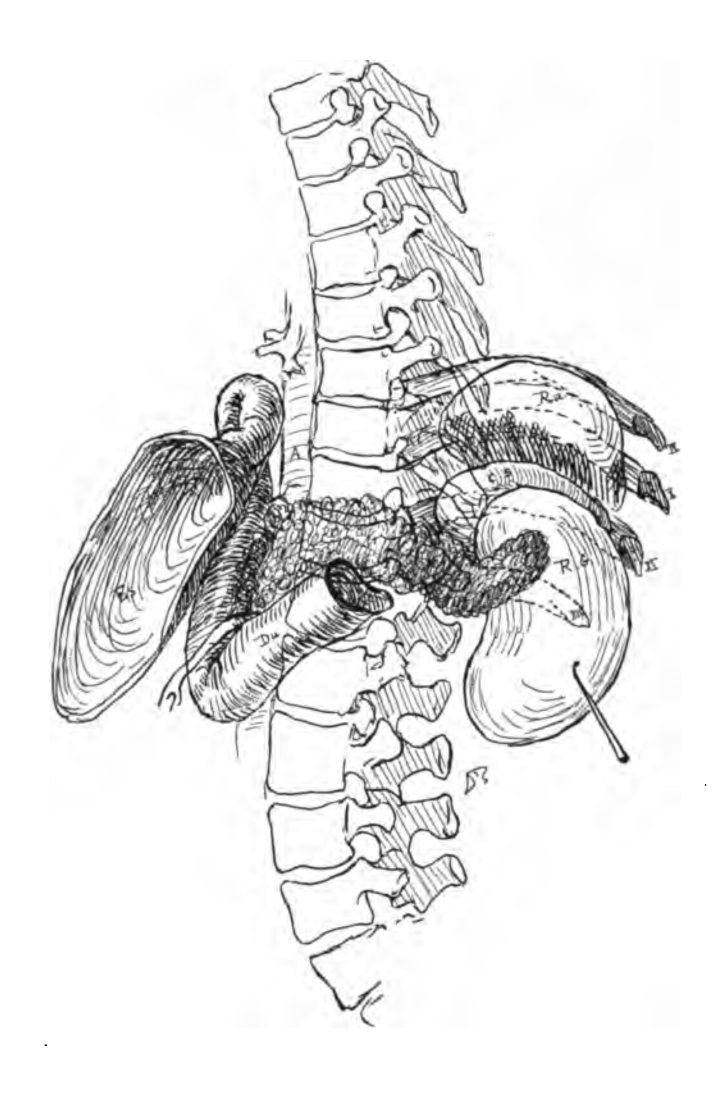


Fig. 62. (Original.)

Ptosis des Magens.

Halbschematisches Verhältnis der linken Niere zur Milz, zum Pancreas und den letzten Rippen.

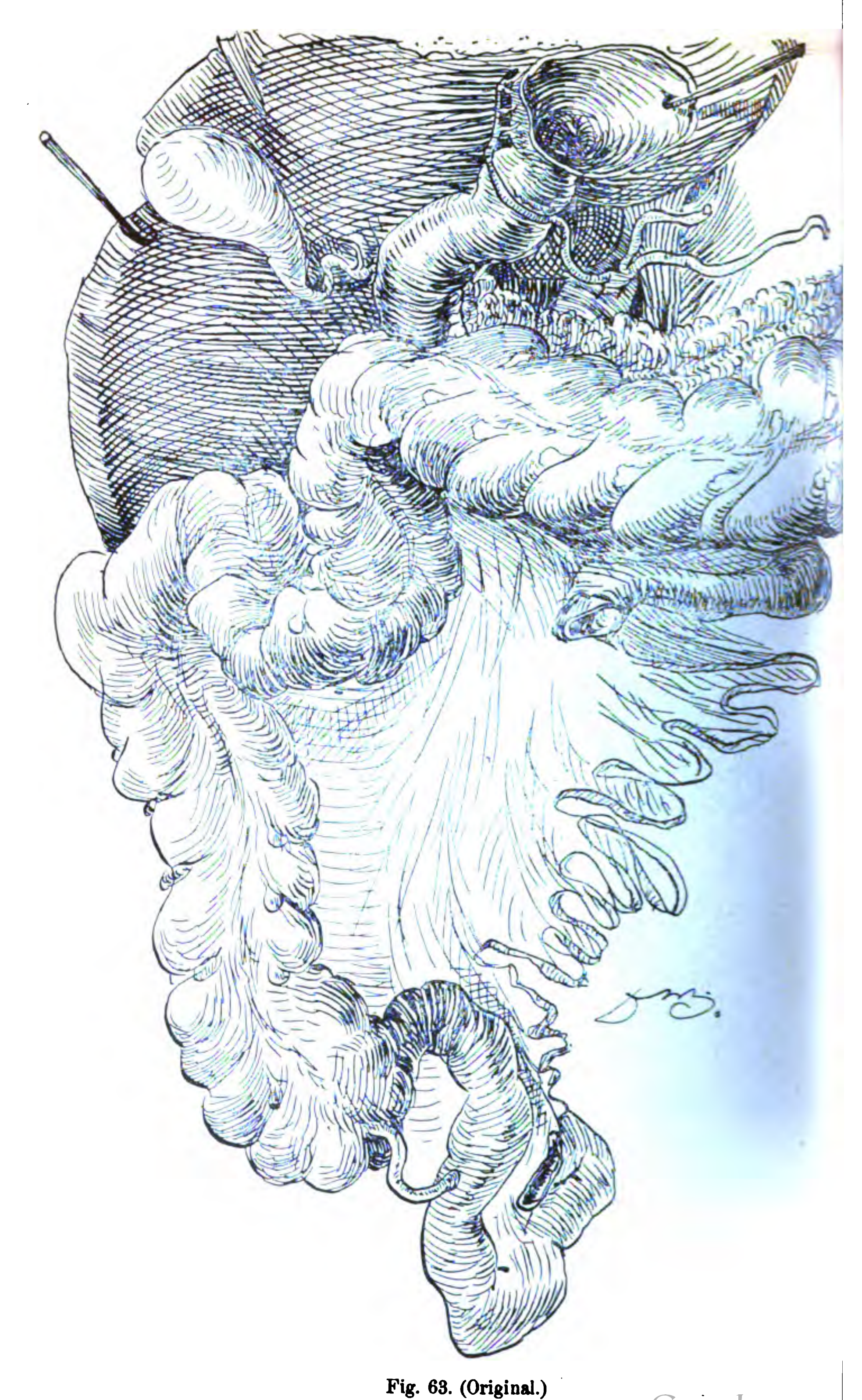


Fig. 63. (Original.)

Verhältnis des Colon ascendens und transversum zur rechten Niere, zur untern Fläche der Leber und zum Duodenum.

Zum Schlusse sei es uns gestattet noch auf die von Bourcart angegebene elastische *Binde zur Fixation der Wanderniere* zu sprechen zu kommen; selbe ist 20—25 cm. breit und 3—4 m lang; ihre Applikation geht am deutlichsten aus folgenden 3 photographischen Wiedergaben hervor, die den 2., 3. und 4. Akt illustrieren. Der erste Akt besteht darin, dass man den Anfang der Binde in einer der Hüftgegenden fixiert und nun eine ganze Tour um das Abdomen beschreibt, dann folgen:



Fig. 64. (Original.)
Zweiter Akt.



Fig. 65. (Original.)

Dritter Akt.



Fig. 66. (Original.)
Vierter Akt.

Bourcart gibt neben zahlreichen vorzüglichen photographischen Aufnmen nicht weniger als 25 eigene Federzeichnungen.

Wir wünschen von Herzen, dass die Mühe und Arbeit, die ein Unternmen wie das vorliegende notwendigerweise mit sich bringt, durch en zahlreichen Leserkreis belohnt werde.

Ausstattung, Papier und Druck gleich vorzüglich!

Prof. Dr. Dubois, Bern:

Die Psychoneurosen und ihre moralische Behandlung.
Les Psychonévroses et leur traitement moral.

(Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1904).

Berufenere Federn als die meine haben bereits im Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte* und in der Revue Médicale de la Suisse Romande ** mit Freuden die Gelegenheit ergriffen, das ganz vorzügliche Opus von Prof. Dubois zu analysieren und zu kritisieren.

Es bleibt mir nur übrig, die Herren Gynækologen auf das Dubois'sche Werk ganz speziell auch an dieser Stelle aufmerksam zu machen; denn aus dessen Lektüre wird Jeder reichlichen Gewinn ziehen und nicht am Wenigsten die unserer Behandlung anvertrauten Frauen.

Dubois behandelt sein Thema in 35 Vorlesungen.

Dem Frauenarzt möchte ich in praktischer Hinsicht ganz besonders folgende Vorlesungen zum Studium anempfehlen:

23. Vorlesung: Die habituelle Stuhlverstopfung.

25. Vorlesung: Die Störungen der Nierenfunktion; Störungen im sexuellen Leben etc.

26. Vorlesung: Die Störungen des Schlafes etc.

32. Vorlesung: Erfolge der moralischen Behandlung der Psychonevrosen.

Wenn man von einem Buche allen Ernstes sagen kann, es sollte in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen, so gilt dies gewiss vom Prof. Dubois-schen Buch. Preis:

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:

Kompendium der Frauenkrankheiten.

(Verlag von Veit & Cie., Leipzig, 1905.)

Meyer handelt auf 310 Seiten in klarer, kurzer, zusammenfassender Weise das Gebiet der Gynækologie ab.

* *Prof. A. Jaquet:* Correspondenz-Bl. f. Sch. A., p. 544/545, 1904.

* *Prof. A. Mayor:* Revue Méd. de la Suisse rom., p. 553/571, 1904: « Quelques réflexions au sujet des leçons du prof. Dubois sur les psychonévroses ».

Bei der Durchsicht des Kompendiums fällt sofort eine neue Methode der Illustration der bimanuellen Tastbefunde auf. Die dabei verfolgte Absicht war, den Untersuchungsakt selbst, sammt dem Befunde, so wie der Untersuchende sich denselben vorstellte, zur Darstellung zu bringen. Das ist ein entschiedener Fortschritt des Meyer'schen Kompendiums. Im ganzen sind 143 Figuren * beigegeben.

Wir wünschen, dass das Meyer'sche Kompendium die wohlverdiente Berücksichtigung und Verbreitung finde. Preis:

Dr. E. Niebergall, Basel:

Ueber künstliche Frühgeburt.

Die geburtshilflichen Operationen.

Niebergall hat für den « Kalender für Frauen- und Kinderärzte » von *Eichholz & Sonnenberger* die beiden oben angedeuteten Kapitel kurz bearbeitet.

Dr. E. Sommer, Winterthur:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Separat-Abdruck aus « Schweizerische Hebammen-Zeitung », Elgg, 1904.)

Es handelt sich um eine in populärem Tone gehaltene, 56 Seiten starke Broschüre, die bei Hebammen und Hausfrauen aufklärend wirken soll und so Gutes zu stiften in der Lage ist.

* *Bemerkung des Ref.:* Anlässlich einer eventuellen Neuauflage wäre es vielleicht angezeigt, Illustrationen, die mehr Raritäten darstellen, wie z. B. auf Seite 51 das « Lymphangioma cysticum vulvæ », durch solche zu ersetzen, die solche patholog. Zutände darstellen, denen der Praktiker häufiger begegnet.



Prof. Dr. M. Stoos, Bern*:

Einige Räte für die Ernährung der Säuglinge.

Die Ernährung des Kindes an der Brust ist Mutterpflicht.
Das Erste ist Reinlichkeit.
Die einfachste Ernährung ist die beste.
Kuh- oder Ziegenmilch ist das einzig vernünftige Ersatzmittel der Frauenmilch

I. Ernährung an der Brust.

1. *Die Muttermilch ist die beste Nahrung für den Säugling.* Brustkinder sind gewöhnlich kräftiger und gesunder als künstlich aufgefütterte.

2. *Die Brust soll in regelmässigen Zwischenräumen abwechslungsweise rechts und links gereicht werden.* In den ersten 2—3 Wochen soll das Kind am Tage alle zwei Stunden, nachts einmal angelegt werden, in der weiteren Säuglingszeit am Tage alle drei Stunden. Nach den ersten Wochen soll das Kind von 10 Uhr abends bis morgens 4—6 Uhr keine Nahrung erhalten.

3. Wenige Wochen Ernährung an der Mutterbrust sind für das Kind schon ein grosser Gewinn. Hat eine Mutter nur wenig Milch, so sollte sie gleichwohl versuchen, wenigstens kurze Zeit zu stillen. Nur wenn die Mutter krank, namentlich wenn sie schwindsüchtig ist oder in neuer Schwangerschaft sich befindet, darf sie nicht stillen.

4. Die Brustwarzen sind nach jedem Stillen sorgfältig mit frischem Wasser zu reinigen, ebenso der Mund des Kindes.

5. Als Beikost ist nötigenfalls (nach den Regeln der künstlichen Ernährung) verdünnte Kuhmilch oder Gärtner'sche Fettmilch zu geben.

6. Die Entwöhnung, welche in der Regel zwischen dem neunten und zwölften Monat zu geschehen hat, soll nur allmählich stattfinden. Während der Sommerhitze ist das Entwöhnen wegen der Verdauungsstörungen sehr gefährlich.

II. Die künstliche Ernährung.

1. *Das beste Ersatzmittel für die Frauenmilch ist die Kuhmilch.* Dieselbe genügt in der Regel bis zum neunten Monat als alleinige Nahrung.

* In *Gyn. Helvet.* IV, p. 283, haben wir bereits: « Der unerfahrenen, jugendlichen Mutter einige Ratschläge zur Säuglings-Ernährung » von *Dr. E. Regli* mitgeteilt: der Vollständigkeit halber sollen nun noch die von *Prof. M. Stoos* vor ca. 6 Jahren publizierten « Räte für die Ernährung der Säuglinge » hier veröffentlicht werden.

Mit Kuhmilch aufgezogene Kinder sind in der Regel gesunder als solche, welche schon frühzeitig Brei, Zwieback oder Kindermehle bekommen. Letztere sollen dem gesunden Kinde nie vor dem sechsten Monat gereicht werden.

2. Die Milch muss verdünnt werden, um der Muttermilch ähnlich zu sein, und es soll etwas Zucker zugesetzt werden.

Mittlere Zahlen für die Verdünnung.

In den ersten Wochen	1 Teil	Milch	und	3 Teile	Wasser
Nach den ersten 2—3 Wochen .	1 »	»	»	2 »	»
Vom 2.—3. Monat an.	1 »	»	»	1 Teil	»
» 4.—5. Monat an.	2 Teile	»	»	1 »	»
» 6. Monat an	3 »	»	»	1 »	»

und allmählicher Uebergang zur Vollmilch.

Die Mutter muss sich dabei nach der Verdauungskraft des Kindes richten. Ein besonders kräftiges Kind verträgt früher dickere Milch; einem schwachen Kinde muss Milch gegeben werden, welche mehr verdünnt ist. (Sind die Stuhlentleerungen unregelmässig, mehr wie dreimal im Anfang oder zweimal im spätern Säuglingsalter, so muss die Milch mehr verdünnt werden. Besonders ist dies der Fall, wenn in den Ausleerungen viele weisse, geronnene Klümpchen sich finden.)

In diesem Fall ist es auch zweckmässig, statt Wasser dünnen Hafer- oder Gerstenschleim zuzusetzen.

3. Ungefähre Grösse der Einzelmahlzeit nach dem Alter*.

In der 1. Lebenswoche zirka . . .	30—70 g	in 8	Mahlzeiten
» » 2. und 3. Woche » . . .	70 »	» 8	»
» » 4. und 5. Woche » . . .	80—100 »	» 7	»
Im 2. Monat . . . . » . . .	100 »	» 7	»
» 3. » . . . . . » . . .	125 »	» 7	»
» 4. » . . . . . » . . .	150 »	» 6	»
» 5. » . . . . . » . . .	150 »	» 6	»
» 6. » . . . . . » . . .	175 »	» 6	»
» 8.—12. Monat . . » . . .	200 »	» 6	»

(1 Esslöffel = 15 g).

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 295: Ernährungstabelle für *Dr. Theinhardt's* lösliche Kindernahrung.

Das Kind darf nicht überfüttert werden. Die Mahlzeiten müssen regelmässig gereicht werden, zuerst alle zwei Stunden, von der vierten Woche an alle drei Stunden, nachts nie mehr als einmal.

4. *Die Milch muss tüchtig gekocht sein**.

Im Sommer soll die Milch sofort, nachdem der Küher sie gebracht hat, gekocht und in einem durchaus reinen, gedeckten Gefäss in der Kühle aufbewahrt werden. Der Bodensatz, der sich beim Stehen bildet, ist Stallschmutz und darf nie verwendet werden. Sehr zweckmässig ist es, die Milch in einem emaillierten Topf (z. B. Cornaz'scher Milchtopf) zu kochen und in diesem Topf zu belassen. Rasche Abkühlung nach dem Kochen macht die Milch haltbarer.

Zum länger dauernden Abkochen (Sterilisieren) eignen sich die Milchkochapparate. Am empfehlenswertesten ist der Fläschchenapparat von Soxhlet.

Schon fertig zum Gebrauch gekocht ist die Flaschenmilch von Stalden, welche dem Alter des Kindes nach verdünnt und gewärmt dem Kind gereicht wird.

Die Gärtner'sche Fettmilch ist zweckmässig für zarte Kinder, sollte aber auf längere Zeit hin nie ohne ärztliche Verordnung verwendet werden.

5. Was allfällig in der Flasche zurückbleibt, darf durchaus nicht zu einer neuen Mahlzeit für das Kind verwendet werden.

6. Saugflasche und Saughütchen müssen jedesmal sogleich nach dem Gebrauch auf das sorgfältigste gereinigt werden. Das Saughütchen ist in einem Glas mit frischem Wasser aufzubewahren. Besonders verwerflich und unsauber ist die Gewohnheit mancher Frauen, den Saugstöpsel (Zapfen) selbst in den Mund zu nehmen, um die Wärme der Milch zu prüfen, bevor sie das Kind trinken lassen.

7. Saugflaschen mit langem Rohr sind schlecht. Die Mundstöpsel (Luller), wie sie bei uns zur Beruhigung des schreienden Kindes durchgängig verwendet werden, sind immer eine Gefahr für das Kind, weil sie sehr schwer sauber zu halten sind. Sie machen dem Kind zu viel Speichelabsonderung und geben Anlass zu Mundfäule.

8. *Verdauungsstörungen des Säuglings, Neigung zum Erbrechen, dünnere Stühle mit weissen Klümpchen oder grüner Farbe sind nie leicht*

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 66: *Dr. Silberschmidt:* « Ueber den Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmilch ».

zu nehmen. Sie kommen nicht etwa allein vom Zahnen, wie man so vielfach glaubt.

Besonders im Sommer sollte sofort der Arzt beraten werden, da der Sommerdurchfall der Säuglinge schon in 2—3 Tagen zum Tode führen und oft nur im Beginn mit Erfolg behandelt werden kann.

Bei irgendwie heftiger Diarrhöe ist sofort jede Nahrung auszusetzen. Dem Kinde ist nur schwacher Kamillenthee oder abgekochtes Wasser zu geben, bis der Arzt seine Anordnungen giebt. Auch in leichteren Fällen ist im Sommer die Milch sofort auszusetzen und durch Haferschleim zu ersetzen.

Dr. E. Wormser, Basel:

Pathologie des Wochenbettes.

Frommels Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie.
(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1904.)

Auf Seite 895—1056 gibt *Wormser* einen sehr ausführlichen Bericht über die Forschungen auf dem Gebiete der « Pathologie des Wochenbettes » während des Jahres 1903:

« Die *Aetiologie des Puerperalfiebers* in allen ihren Teilen bildete auch im Berichtsjahre wieder den Gegenstand vielfacher Forschung. Das Ergebniss derselben lässt allerdings die Hauptfragen, das Problem der Selbstinfektion und die Erklärung für den unausrottbaren Rest puerperaler Morbidität ungelöst. Trotzdem bringen eine ganze Reihe von klinischen und experimentellen Arbeiten wertvolle Beiträge zur Klärung einzelner strittiger Punkte.

Die mustergiltige Bearbeitung basiert auf nicht weniger denn 514 einschlagenden Arbeiten; sie ist klar und sehr anziehend geschrieben und gereicht dem Verfasser zur Ehre.

Prof. Dr. Th. Wyder, Zürich:

Die Endometritis.

Separat-Abdruck aus:

« Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts ».

(Urban & Schwarzenberg, Wien, 1904.)

Unter dem Sammelnamen Endometritis begreift man jene pathologischen nicht malignen Zustände der Gebärmutterschleimhaut, welche mit anatomisch nachweisbaren Veränderungen der Drüsen oder des Stromas oder beider zusammen vorkommen.

Man unterscheidet eine Endometritis cervicis und corporis, als auch eine bakterielle und eine nicht bakterielle Schleimhautentzündung; in der Mitte zwischen den letztern beiden befinden sich die hæmorrhagischen Formen, die meist im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftreten; als eine rein toxische Form ist die Endometritis hæmorrhagica nach Phosphorvergiftung aufzufassen.

Weiter kämen jene Schleimhauterkrankungen in Betracht, die unter dem Einfluss einer wiederholten Hyperæmie des Uterus oder einer pathologischen Steigerung der menstruellen Kongestion zustande kommen etc.

Wyder bespricht dann des Weitern die pathologisch-anatomischen Befunde der verschiedenen Formen der Endometritis, der Erosionen und Ulzerationen der Vaginalportio. Hübsche mikroskopische Abbildungen sind beigegeben,

Nunmehr werden die *Symptome* und die *Diagnose* abgehandelt und dann zum Schluss die Therapie besprochen:

So lange der krankhafte Prozess lokalisiert ist, soll eine rationelle Lokaltherapie eingeleitet werden; ein energischeres Eingreifen ist erst im subacuten oder besser erst im chronischen Stadium angezeigt. Nebenerkrankungen, sowie das Allgemeinbefinden der Kranken dürfen nicht ausser Acht gelassen werden (Chlorose, Anæmie).

Die *Abrasio mucosae* ist indiziert;

1. in allen Fällen, wo nur der leiseste Verdacht auf Malignität besteht;
2. bei Retention von Abort- und Placentarresten, bei Endometritis post abortum;
3. bei allen übrigen sicher diagnostizierten hyperplastischen, mit Hæmorrhagien einhergehenden Endometritiden.

Bei den katarrhalischen Formen kommt die Applikation von desinfizierenden, adstringierenden und ätzenden Medikamenten in Frage (Aetzstäbchen von Menge, Formalin).

Schweizerische Mitarbeiter für das Handbuch der Geburtshülfe
von F. v. Winkel.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1904.)

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:
(Zweiter Band, I. Teil, pag. 564, 578 und 598.)

Störungen durch die akuten Exantheme Masern, Scharlach, Pocken.
Anæmia perniciosa in Schwangerschaft und Wochenbett.
Augenerkrankungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:
(Zweiter Band, III. Teil, pag. 2006-2098.)

Geburtsstörungen durch fehlerhafte Geburtswehen.
(Mit 7 Abbildungen und einer Tafel.)

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:

Geburtsstörungen durch Verengerung, Verklebung und Verwachsung des Muttermundes.
(Zweiter Band, III. Teil, pag. 2099.)
(Mit einer Abbildung im Text.)

Die Verwachsung der Placenta.
(Ibid. pag. 2107.)
(Mit 2 Abbildungen im Text.)

Geburtsstörungen durch fehlerhaftes Verhalten nicht sexueller Organe.
(Ibid. pag. 2270-2326.)

I. Störungen von seiten der Bauchorgane.
II. Die Wechselbeziehungen zwischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Erkrankungen der Kreislauforgane.
III. Störungen von seiten der Centralnervenapparate.

Fieber unter der Geburt.
(Ibid. pag. 2375.)

Plötzlicher Tod unter der Geburt.
(Ibid. pag. 2424.)

Die Geburt nach dem Tode der Mutter.
(Ibid. pag. 2427.)

Prof. Dr. M. Muret und F. Matter, med. prakt., Lausanne:
Rédacteurs du
Bulletin mensuel.
Seul Organe officiel de la Société vaudoise des Sages-femmes.
(Imprimerie G. Bridel et Cie, Lausanne.)

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
Rédacteur du
Journal de la Sage-Femme.
(Imprimerie G. Bridel et Cie, Lausanne.)

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
Agenda 1905 et Aide-Mémoire de la Sage-Femme.
Schweizerischer Hebammenkalender 1905.
Uebersetzt von
Dr. Th. Gloor, Echallens.
Mit einem Vorwort von
Prof. Dr. v. Herff in Basel.
Rossier hat einen kurzen Leitfaden für Hebammen beigegeben.

Unter Redaktion von mehreren Aerzten:
Schweizerische Hebammen-Zeitung.
Eigentum und Verlag von Emil Hofmann in Elgg (Kt. Zürich).

C. Therapeutische Notizen.

1. *Anæsthesin Dr. Ritsert** ist ein Lokalanæstheticum, das sich durch langandauernde Wirkung, absolute Reizlosigkeit und Ungiftigkeit auszeichnet.

Den *Gynækologen* interessieren folgende Indikationen:

Unstillbares Erbrechen der Schwangern:

Rz. Anæsthesini Ritsert 0,2—0,5
d. tal. dos. Nr. ° X.
D. S. 3 mal tägl. 1 Pulver *vor* der Mahlzeit.

Cystalgie, Urethritis: Stäbchen und Vaginalkugeln von 0,3 pro dosi.

Hæmorrhoïden: Suppositorien von 0,2—0,5 auf 2 gr. Cacao-Butter.

Pruritus vulvæ: Allein, in Pulverform oder in Verbindung mit Xeroform, Dermatol und als Pomaden, z. B.

Rz. Anæsthesini Ritsert	10,0
Lanolini	45,0
Vaselini	45,0
m. f. ungt.	

2. *Chloræthyl (Kelène)-Xeroform-Behandlung der Erosio portionis vaginalis.*

Wir haben bereits in *Gynæc. Helvet. III* pag. 253 unserer *Erosions-Behandlung* kurz Erwähnung getan und an gleicher Stelle eine detaillierte Publikation in Aussicht gestellt. Leider fehlte bis jetzt die Zeit zu deren Abfassung und möge daher eine zu anderm Zwecke bestimmte, in französischer Sprache verfasste kleine einschlagende Bearbeitung hier Aufnahme finden:

* Siehe die Lausanner Inaug.-Dissert. von *Dr. G. Chassot:* « Des Propriétés de l'Anesthésine Ritsert ». 1903.

Doc. Dr. O. Beuttner, Genf:

L'érosion du col de l'utérus et son traitement par le Kélène et le Xéroforme.

Zur Behandlung der Erosio portionis vaginalis vermittelst Kelen-Xeroform.

Les érosions du col de l'utérus ont pour cause l'endométrite, le plus souvent cervicale. Il convient donc de traiter tout d'abord l'inflammation de la muqueuse utérine.

Quant aux traitements de l'érosion même, il y sont légions, ce qui prouve qu'on est encore à la recherche du mieux.

Carl Meyer, Scanzoni, Schröder, Veit et d'autres ont appliqué au col des tampons médicamenteux. Scanzoni se servit en outre du Liquide de Bellosti (Liq. hydrarg. nitric. oxyd.)

Plus récemment on a conseillé l'acid. pyrolignosique, des tampons de glycérine-ichthyol, des cautérisations de formaline et tout dernièrement Gottschalk préconise des pulvérisations de Thiol.

Inutile de dire qu'on a aussi cherché à se débarasser des érosions par intervention chirurgicale.

Aujourd'hui tout traitement doit être basé sur les donnés anatomo-pathologiques et la question qui se pose naturellement à notre esprit est celle-ci:

« *Qu'est-ce qu'une érosion au point de vue anatomo-pathologique?* »

D'après les recherches fondamentales de Ruge et Veit, il ne s'agit pas, comme on l'a cru autrefois, d'ulcérations, mais d'une substitution d'épithélium cylindrique à la couche normale d'épithélium pavimenteux, ou en d'autres termes d'un remplacement des cellules inférieures au point de vue de leurs fonctions par des cellules supérieures, parce que les cellules épithéliales cylindriques ne servent pas seulement de revêtement, mais ont aussi la faculté de sécréter; elles sont donc mieux organisées, mais conséquemment plus délicates et plus exposées à subir des altérations.

Je me suis donc posé la question suivante au point de vue du traitement de l'érosion:

Existe-t-il un agent thérapeutique dont l'action plus ou moins localisée sur l'érosion, c'est-à-dire sur une place déterminée d'épithélium cylindrique, pourrait mettre ces cellules dans un état de vitalité inférieure

nomentanée de telle façon que les cellules pavimenteuses stratifiées puissent pendant ce temps d'infériorité progresser vers le centre de l'érosion et finalement la recouvrir?

Ce qui équivaudrait à la guérison.

Ce produit je crois l'avoir trouvé dans le chlorure d'éthyle pur, dans « Kélène », qui appliqué sur l'érosion, c'est-à-dire sur épithélium cylindrique, constitué par une seule couche de cellules, provoque une congélation du protoplasme et du noyeau de la cellule cylindrique, tandis que les cellules pavimenteuses stratifiées sont à peine influencées.

En mettant alors aux alentours des cellules cylindriques congelées et par sensiblement affaiblies dans leur fonction, une poudre apte à déterminer une rapide épithélisation, comme par exemple le bismuthe tribromphenylique pur., le « Xéroform » la guérison ne se fait pas attendre:

Pour résumer voici mon traitement de l'érosion du col:

Au speculum de *Neugebauer* ou autre badigeonnage de la muqueuse cervicale (utérine) avec de la teinture de jod; ensuite le museau de tanche avec l'érosion est bien nettoyé et désinfecté; sur l'érosion même est dirigé un jet de chlorure d'éthyle pur jusqu'à ce que la couleur rouge vive de l'érosion change et devienne blanche; ensuite on projète avec un pulvérisateur du Xéroforme sur la partie congelée et sur les parties avoisinantes; tampon de coton imbibé de Xéroforme contre le col, qui est changé tous les jours. La congélation est répétée suivant l'étendue de l'érosion, mais en général tous les deux à trois jours.

La première fois que j'eus recours au traitement indiqué fut le 29. IX. 900; les résultats étaient ensuite très satisfaisants.

3. *Chloral-Chloroform-Schering* hat sich nach Untersuchungen von Prof. Langgaard: « Zur Prüfung des Chloroforms » (Therapeutische Monatshefte. 1902) von den untersuchten Chloroform-Proben als das reinste erwiesen. Das *Schering's Chloral-Chloroform* kommt in Ampullen von 25,50 und 100 gr. Inhalt in den Handel. Die betreffenden Ampullen bieten vollständigen Schutz gegen die Zersetzung des Chloroforms, infolge des vollkommenen Luftabschlusses und haben ausserdem den Vorzug gegen die üblichen Glasstöpselflaschen. dass durch einfaches Abbrechen des Glasrohres, an einer durch Feilschnitt bezeichneten Stelle, die Oeffnung und Entleerung der Ampullen schnell vor sich gehen kann.



4. *Collargolklysmen**. Wir haben in *Gynæc. Helvet. III* p. 253 bereits die mannigfachen Verabreichungs-Methoden des Collargols erwähnt; dazu sind nun neuerdings die *Collargol-Klystiere* gekommen und berichtet

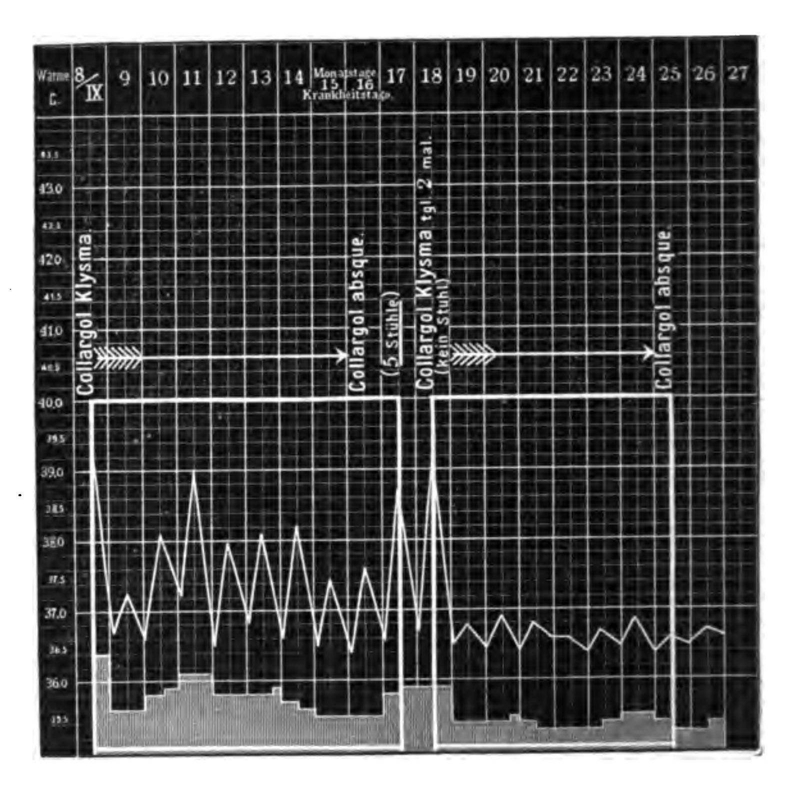


Fig. 67.

* Ich habe dieser Tage zu konstatieren die Gelegenheit gehabt, dass die Collargolklysmen vorzügliche Dienste leisten können: Bei einer 68-jährigen Frau musste nach Exstirpation einer intraligamentären Ovarialcyste wegen Blutungen im Ligament lat. tamponiert werden. Bei der Entfernung der Tamponade kam es offenbar zur Incarceration eines circumscripten Abschnites der Darmwand und nach einigen Tagen zur Darmfistel. Da die Laparotomiewunde oberflächlich aufplatzte und sich die Wunde, fortwährend mit Stuhl beschmiert, infizierte, so trat Fieber auf, das auch dann noch anhielt (bis über 39), als die äussere Wunde unter Jod-Xeroform-Behandlung sich gereinigt hatte. Ich nahm eine von aussen auf die Darmschleimhaut fortgeleitete Mikrobeninvasion an und verordnete Collargolklysmen; nach 3 Tagen war das Fieber verschwunden. Der Erfolg war eklatant.

Dr. H. Loebl in der « Therapie der Gegenwart », Heft 4, 1904: « Ueber eine neue Applikationsmethode von Collargol (Collargolklysmen) »:

Diese Methode ist leicht von jeder Wartperson auszuführen, weder schmerzhaft noch belästigend, völlig ungefährlich; die Klystiere stehen an Wirksamkeit den intravenösen Injektionen nicht nach.

Loebl berichtet über 27 mit Collargol-Klysmen behandelte Kranke; ein charakteristischer Fall soll hier kurz angeführt werden:

22 Jahre alt; normaler Partus am 3. Sept. ohne operativen Eingriff; am 9. Sept. mässiger Meteorismus. Uterus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Eitrige übelriechende Lochien. Höchste Temperatur 39,4. 2 mal täglich Collargolklysmen von 0,3 : 100,0.

15. Sept. Temp. abgesunken. Höchste Temperatur 37,4. Uebelriechender Ausfluss andauernd.

17. Sept. Collargol absque.

18. Sept. Neuerlicher Anstieg auf 38,7· Collargol verordnet.

19. Sept. Collargol Vormittags *nicht* behalten. Nachmittags 39,2. Das abendliche Collargolklysma wird behalten. *Seither Apyrexie*. (Fig. 67.)

25. Sept. Collargol ausgesetzt. 28. Sept. geheilt entlassen.

Von *9 puerperalen Infektionen* wurden 5 geheilt; bei 3 Patienten blieb die Behandlung ohne Erfolg; 1 starb.

Applikationsmethode: Morgens und Abends je ein lauer Wassereinlauf von $^1/_2$—1 Liter. Zirka $^1/_2$ Stunde nach Entleerung des Darmes folgt das Collargolklysma mittelst *Hegar*'schen Trichters oder Glycerinspritze.

Rz. Collargol 1.0 (4 Tabletten zu 0,25 gr.)
Aq. dest. 100.0
D. S. Morgens und abends die Hälfte als Klysma.

Die Klysmen werden *mindestens 8, höchstens 14 Tage* gegeben.

5. Helmitol desinfiziert energisch den Harn und erteilt diesem *saure Reaktion*. *Indiziert* bei Cystitis non gonorrhoica, Pyelitis, septischer Bacteriurie, bei Phosphaturie; prophylactisch bei intravesicalen Operationen; bei Urethralabscessen.

Ich verordne *Helmitol* stets dann, wenn nach geburtshülflichen und gynækologischen Operationen katheterisiert werden muss, um einer event. Cystitis zuvor zu kommen. Siehe auch *Gyn. Helv. IV*, p. 136 u. 184.

6. Digalen « Digitoxinum solubile Clœtta ». 1 ccm. der Digalenlösung entspricht 0,3 mgr. Digitoxin oder 0,15 gr. fol. Digitalis; es reizt den

Magen nicht und zeigt auch nach längerem Gebrauch keine kummulierende Aktion; des weiteren lässt sich *schon in 2 Stunden* eine Wirkung erzielen, was bei *Herzschwäche im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten* sehr wertvoll ist.

Applikationsweise: per os, per rectum, intravenös, subcutan, intramuskulär.

Dosierung: Dosis simpl. $^1/_2$—2 ccm. Dosis max. pro die ca. 5 ccm. (einer 25 % Glycerinlösung).

Für die intravenöse Injektion müssen Dosen von 3—10 ccm. genommen werden.

7. *Hygiama.* Wir haben bereits in *Gynæc. Helvet. IV*, pag. 292, dieses Präparates gedacht; es handelt sich um ein seit 16 Jahren klinisch und praktisch erprobtes, diätetisches Nährpräparat, das sämmtliche zum Aufbau und zur Erhaltung des Organismus notwendigen Baustoffe in einem sehr günstigen Verhältnis enthält:

Dosis für Erwachsene 20 bis 25 gr. auf $^1/_4$ Liter Milch. 3 × 4 tgl.

Nährklysmen: 40—50 gr. Hygiama werden mit etwas heissem Wasser angerührt, hierauf 300 gr. Milch mit 3 gr. Kochsalz zugefügt und das ganze eben aufkochen gelassen (es kann je nach Umständen ein Ei, Alkohol oder Opiumtinktur zugesetzt werden).

Hygiama wird auch mit Vorteil bei *Mastkuren* verschrieben.

(Siehe im Kapitel: Ausländische Literatur: Dr. *O. Dornblüth:* « Diätetisches Kochbuch ».

8. *Jodopyrin* (Jodantipyrin). Es spaltet sich im Körper in Jod und Antipyrin. Die den *Gynækologen* interessierenden *Indikationen* sind etwa folgende:

Menstruationskoliken. Beim Eintreten der Menstruation 2—3 stündlich 0,5—1,0 gr. Jodopyrin in Suppositorien.

Parametritis posterior et lateralis.
Metritis, Perimetritis.
Entzündungen der Adnexe.
} Jodopyrin-Vaginal-Kugeln von 1,0—1,5 gr.

Weiter kämen zur event. Verwendung Jodopyrin-Gaze und Jodopyrin-Tabletten.

9. *Maltosan* wird bei *Säuglingen*, die an *Gastro-Enteritis* leiden, verordnet. Man findet hier die Salzsäuresekretion im Magen vermindert und

organische Säuren (Milchsäure, Buttersäure etc.) vermehrt. Die pathologische Bedeutung dieser Störung wird durch die herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Organismus noch erhöht. Hand in Hand mit der Säureintoxikation bei magendarmkranken Säuglingen geht ein Verlust des Körpers an fixen Alkalien. Die Säuren werden bereits im Darmkanal an die Alkalien gebunden und diese letzteren werden den Geweben entzogen.

Für den magendarmkranken Säugling ist nun nach KELLER (CZERNY-sche Klinik in Breslau) eine alkalireiche Nahrung, die wenig Eiweiss und wenig Fett enthält, deren Nährwert aber durch Zusatz von Kohlehydraten in der Form von Maltose erhöht wird, erforderlich.

Diesen Anforderungen entspricht das Dr. WANDER'sche MALTOSAN.

Zubereitung der Keller'schen Malzsuppe:

125 gr. Maltosan.
$^1/_3$ Liter Milch.
$^2/_3$ Liter Wasser.

Das ganze wird angerührt und aufgekocht.

Bei Kindern unter 3 Monaten, sowie bei schwerkranken Kindern ist die nach obiger Vorschrift hergestellte Malzsuppe noch mit dem dritten Teil Wasser zu verdünnen. ($^1/_3$ Liter Milch wird mit 1 Liter Wasser verdünnt und die so verdünnte Milch mit 125 gr. Maltosan aufgekocht.

Vor Verwendung der Malzsuppe ist der Magendarmkanal der Kinder durch 1—2 tägige Tee- oder Wasserdiät leer zu stellen.

10. *Protargol* ist ein Proteinsilberpräparat mit 8,3 % Silber in organischer Bindung.

Gegen *Vulvovaginitis gonorrhoica* werden Injektionen von 0,5—1 % Lösung empfohlen.

Bei *Kolpitis gonorrhoica* spült man die Vagina mit 1 % Lösung und stopft sie mit in 3—4 % Lösung getränkter Gaze aus.

Bei *gonorrhoischen Cervix-Katarrhen* bedient man sich des Protargols:

a) in Mischung mit einem indifferenten Pulver, zum Einblasen;
b) in 10 % glycerinhaltiger Lösung zum Bepinseln;
c) in Form von wasserlöslichen Stäbchen.

Die intrauterine Behandlung der *Uterusgonorrhoe* geschieht vermittelst:

a) Einspritzungen von 10 % Lösungen oder 10 % Salben mit der Braun'schen resp. der Fritzsch'schen Salbenspritze;

b) 5 % wasserlöslichen Stäbchen;

c) Auswischungen der Uterushöhle mit in 1 % Lösung getränkten Gazetampons (mit Plaifair'scher Sonde).

Bei *gonorrhoischer Urethritis*, sowohl akuten wie ältern Fällen (neben Gonosan), zirka vom dritten Tage an täglich Injektionen von 1 ccm 10 % Protargollösung.

Zur *Harnröhren-Blasen-Spülung* wird Protargol in 1 % körperwarmer Lösung verwendet, von der 250 ccm eingespritzt werden. Die Frau wird dann angewiesen, den Blaseninhalt langsam, in mehreren Mictionen zu entleeren.

11. *Protylin « Roche »:* ist eine synthetische Phosphor-Eiweissverbindung und gehört in die Gruppe der Paranukleine; es ist leicht assimilierbar.

Indikationen: Gestörte Pepsinverdauung im Magen; tiefgreifende oder langwierige Ernährungsstörungen, Konstitutionsanomalien, anæmische Zustände, gestörtes Körperwachstum, rhachitische und osteomalacische Knochenprozesse, Karzinom, Leukæmie, Neurasthenie, seniler Marasmus, etc.

Verabreichung: 1—2 gr. dreimal täglich nach den Mahlzeiten. (Keine sauren Speisen!) Die beste Art Protylin zu verschreiben ist die Tablettenform (Karton à 100 Tabletten à 0,25 gr.).

12. *Somatose.* Lösliches, aus Fleisch hergestelltes Albumosenpräparat.

Leistet gute Dienste: Bei der Anregung der Milchdrüsensekretion stillender Frauen.
Bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren und bei Erbrechen nach Chloroform-Narkose.

Erwachsene nehmen im allgemeinen 2—4 abgestrichene Kaffeelöffel voll pro Tag. Einfacher ist die Verordnung der «*flüssigen Somatose*», die neuerdings in einer süsslichen und in einer mehr herben Zusammensetzung in den Handel gebracht wird.

13. *Sublamin.* Quecksilbersulfat-Aethylendiamin, besitzt eine hohe baktericide Kraft.

In der *gynækologischen Praxis* findet das *Sublamin* mit Vorteil Anwendung zu *Vaginalspülungen* (1:500 — 1:1000: 1 Tablette auf ½—1

Liter Wasser), und zu *Blasen- und Harnröhrenspülungen* (1:5000:1 Tablette auf 5 Liter Wasser).

Zur *gründlichen Desinfektion der Hände vor und nach chirurgischen Eingriffen* verfährt man des weitern nach Prof. Krönig und Dr. Blumberg* folgendermassen:

1. Die Hände werden zunächst mit lauwarmem Wasser und Seife (zweckmässig mit Schmierseife oder auch Marmorstaubseife) unter Anwendung einer Bürste 8—10 Minuten lang gewaschen und die Seife mit Wasser abgespühlt.

2. Alsdann werden die Hände 5 Minuten lang unter Anwendung einer Bürste mit einer Sublaminlösung 1 : 1000 bis 2 : 1000 behandelt. Je nach der Natur des Infektionsstoffes kann die Konzentration der Sublaminlösung ohne Schaden für die Hände beliebig gesteigert werden, bis auf 1 : 300 oder 1 : 200.

Sublamin als Fixierungsmittel haben Doc. Dr. V. Klingmüller und Dr. F. Veiel** aus der Neisser'schen Klinik empfohlen:

Die Gewebsstücke müssen in einer 5 % Sublaminlösung, welche mit destilliertem Wasser hergestellt werden soll, etwa ½—1 Stunde liegen. Von hier aus kann man sofort Gefrierschnitte machen oder weiter in steigendem Alkohol härten. *Sublamin* löst sich aber sehr schwer in Alkohol und es tritt deshalb beim Uebertragen der Präparate in 70 % Alkohol eine Trübung ein. Man muss daher den Alkohol kurz nacheinander etwa nach einer Stunde 1—2 mal wechseln. Da das *Sublamin* die *Färbbarkeit der Gewebe bedeutend erhöht,* so muss die Dauer der Einwirkung von Farbflüssigkeiten etwa um die Hälfte abgekürzt werden.

14. *Thigenol « Roche »:* ist ein synthetisches Schwefelpräparat, das leicht resorbiert wird; es mildert den Juckreiz und wirkt schmerzlindernd und entzündungshemmend.

Indikationen: Pruritus vulvae, Leukorrhoe, Erosionen der Vag. Port., Cervixcatarrh, Endometritis, Metritis, entzündliche Adnexerkrankungen,

* *Prof. Krönig und Dr. Blumberg:* « Beiträge zur Händedesinfektion ». Verla von A. Georgi, 1900.

Prof. Krönig und Dr. Blumberg: « Vergleichende Untersuchungen über den Wert der mechanischen und Alkoholdesinfektion der Hände etc. ». Münchener med. Wochenschrift, 1900, N° 29 und 30.

** *Doc. Dr. Klingmüller und Dr. Veiel:* « Sublamin als Fixierungsmittel ». Centralblatt f. allg. Pathologie und patholog. Anatomie. 14. Band, 1903.



para- und perimetritische Exsudate; peritoneale Reizungen, frische Hæmatome, Anafissuren, Mastitis.

Applikations-Methoden: Thigenol-Tampons, -Salben, Kugeln:

Thigenol-Glycerin 10%: für intrauterine Behandlung.

Thigenol-Glycerin 10—45%: zum Tränken der Tampons.

Thigenol-Salbe: Thigenol 10,0
Adip. lanæ 40,0.

Thigenol-Kugeln: Thigenol 0,3
Extract. Belladon āā 0,1
Ol. Cacao D. S. In die Vagina einzuführen.

Des weitern bei: *Gonorrhoe:* 5% wässrige Thigenollösung
mit Zusatz von
1/2% Lysol oder Lysoform.

Pruritus vulvæ, ani: Thigenol
Glycerin āā 10,0
Spirit. vini. 100,0 D. S. Aeusserl.
und Thigenol 0,2
Ol, Cacao 1,5 supposit.

Fissuren der Brustwarze: Bestreichen der Fissur
mit Thigenolum purum.

Thigenolseifenbäder von 35° C.

Man löst 50 gr. Seife in einem Wannenbad auf und fügt Thigenol hinzu; 10—20 gr. für ein Lokalbad, 50—100 gr. für ein Vollbad.

D. Instrumentelle Notizen.

Doc. Dr. de Seigneux, Genf:

Ein neuer Untersuchungs-Divan.

(Zentralblatt für Gynækologie, Nr. 28, pag. 871, 1904.)

Die Höhe dieses Divans ist so gewählt, dass jede Person sich bequem darauf setzen kann; er ist im geschlossenen Zustand nur 110 cm lang, 94 cm breit und ca. 60 cm hoch. (Fig. 68).



Fig. 68.

)urch das Ausziehen der im Innern verborgenen Holzplatte kann der 'an auf ca. 2 m verlängert werden. (Fig. 69.)



Fig. 69.

n den beiden Längsseiten sind, kaum bemerkbar, 2 Metallstangen ·bracht; an den umgebogenen Enden dieser sind die Fersenstützen · Kniehalter befestigt.

nter dem Gestell versteckt befindet sich eine vorziehbare Spülschale, ·n Inhalt durch ein Gummirohr direkt in ein Gefäss abfliesst. (Fig. 70.)



Fig. 70.

Das Originelle an dem *de Seigneux*'schen Divan besteht darin, dass es möglich ist, durch eine einfache Kurbel die Patientin bis auf eine Höhe



Fig. 71.

on 86 cm zu heben und auch in die Beckenhochlagerung zu bringen. Fig. 71.)



Fig. 72.

de Seigneux hat noch ein Tabouret konstruieren lassen. Am äussersten nde des Divans angebracht, dient es dazu, denselben zu verlängern; r sich allein aber ist es ein Instrumenten- und Medikamenten-hränkchen. (Fig. 72 und 73.)

Bei einer event. Untersuchung wird dasselbe rechts oder links vom rzte gestellt.



Fig. 73.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Zur Technik der Wertheim'schen Karzinomoperation.

(Zentralblatt für Gynækologie, Nr. 9, pag. 279, 1904.)

Bei möglichst peripherer Resektion des Parakolpium bis zur Grenzlinie des oberen und mittleren Drittels der Vagina kommt es zu starken Blutungen aus den öfters recht zahlreichen und varikösen Gefässen, welche von der Beckenwand her horizontal durch's Parakolpium zur Vagina verlaufen.

Das doppelseitige primäre Abklemmen der Parakolpiumplatte mit Arterienklemmen ist wegen des geringen Raumes und der Tiefe unzweckmässig und bei einseitigem peripheren Abklemmen blutet nach Durchtrennung noch der vaginalwärts liegende Parakolpiumstumpf.

Diese Uebelstände will das von Walthard angegebene Instrument beseitigen.

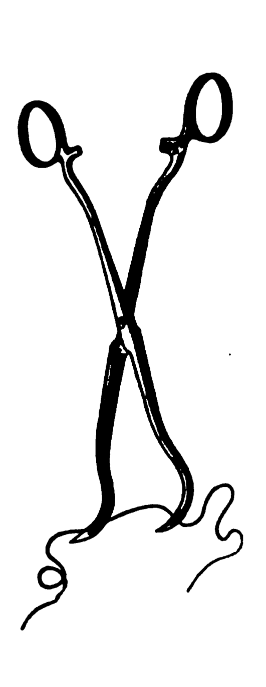


Fig. 74.

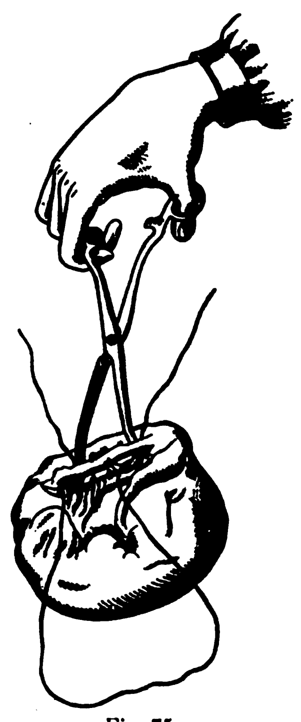


Fig. 75.

Geschlossen und mit Ligaturmaterial armiert, wird die zunächst liegen-e Partie des Parakolpium umstochen; hierauf werden die Branchen eöffnet (Fig. 74), wodurch man eine beliebig lange Stielung der umtochenen Gewebe, bis an die Beckenwand hin erzielen kann; die Stielung eschieht parallel den Gefässen.

Fig. 75 zeigt, wie durch das Oeffnen der Branchen die Ligatur des mstochenen Gewebes zustande kommt und wie diese zu gleicher Zeit ichtig geordnet nach rechts und nach links gelegt werden, so dass von iner Kreuzung der Faden keine Rede mehr sein kann. Das Instrument 'ird nun nach Art der Aneurysmennadeln entfernt, die Fadenschlinge ei a (Fig. 75) durchtrennt und ligiert.

---

* Das *Walthard*'sche Instrument ist zu beziehen vom Instrumentenmacher *Klöpfer* ı Bern.

IX.

Dr. J. J. HERMANN

gew. Professor der Geburtshülfe an der Universität Bern.

Aus seinem Lebensgang und seinem Wirken*.

1790—1861.

J. J. HERMANN wurde am 10. November 1790 in Vevey geboren; seine Mutter verlor er schon am 9. Lebenstage. Sein Vater war ein Mann von strengster Biederkeit, alles Schöne, Edle und Gute liebend, ein warmer Freund seines engern und weiteren Vaterlandes; diese Eigenschaften waren auch auf den Sohn übergegangen.

Seine 8 ersten Kinderjahre brachte der Knabe an den Ufern des Leman zu; nach einem kurzen Aufenthalt beim deutschen Pfarrer in Lausanne, kam er im Jahre 1798 an die angesehendste Schule der Stadt Bern, an das « Meissner-Institut »; mit der Eröffnung der neu reorganisierten Kantonsschule trat J. J. Hermann sogleich in diese über und verliess sie erst wieder im Jahre 1808, da er als Stud. med. an der bernischen Akademie immatrikuliert wurde.

Während seiner Studienzeit waren es besonders die anatomischen Fächer, die den Aesculapjünger anzogen; er erwarb sich mehrere Prämien, aber namentlich auch das besondere Wohlwollen und die Freundschaft des später nach Tübingen berufenen, als Anatom und Physiolog hochgeehrten Prof. EMMERT, sowie des damaligen Prosektors Prof. HOFSTETTER. Die Geburtshülfe wurde ebenfalls mit Interesse betrieben und stand HERMANN in besonderer Gunst bei dem damaligen Lehrer des Faches, Prof. SCHIFERLI.

Nach drei Jahren fleissiger Studien nahm der junge Mann am Ostermontag 1812 den Wanderstab in die Hand und wanderte nach *Erlangen*; HILDEBRANDT's Kollegien blieben ihm in angenehmer Erinnerung. Im September gleichen

* Auszug aus der biographischen Skizze seines Sohnes, *Dr. Th. Hermann*, in dessen Abhandlung: « *Zur Lehre vom Kaiserschnitt* ». Bern, R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864.

hres wurde die Rückreise angetreten; doch des Verweilens am heimatlichen ərde war nicht lange. Im Oktober 1812 wanderte der angehende Mediziner it dem Stock in der Hand über den Rhein, um die berühmte Universität Würzırg zu besuchen, wohin ihn vorzüglich der Name von A. ELIAS VON SIEBOLD ckte. Das Spital, aber vor allem das Gebärhaus nahm die volle Tätigkeit in ıspruch und namentlich schätzte und ehrte der wissbegierige Jüngling die hren seines Meisters SIEBOLD, dessen getreuer Jüngling er bis zum Ende seiner ıge blieb.

Nachdem HERMANN mit drei andern Schweizern, STAPFER, SALCHLI und WYTTENCH, im Militärspital sich kranker französischer Soldaten liebevoll angenommen, hrte er im Oktober nach Bern zurück, um das Staatsexamen zu absolvieren; ein bald wurde die Präparation auf dasselbe durch Kriegslärm unterbrochen, nn um Weihnachten 1813 marschierten die Alliirten durch die Schweiz und urde HERMANN in einem auf der Schützenmatte errichteten Militärspital verendet, als er nach 14 Tagen an « Spitaltyphus » erkrankte. Erst im Frühjahre 114 genas er endlich von seiner schweren Krankheit.

Unterdessen hatte sich ganz Deutschland in ein Feldlager umgewandelt; erall bildeten sich Freiwilligenkorps und der kaum wieder zum Leben Erachte wurde durch Vermittlung von Hofrat von SCHIFERLI nolens volens ebenls in ein solches eingereiht. Er kam im Mai 1814 zu den preussisch-bergischen gern zu Fuss und kehrte im Spätherbst gleichen Jahres, nicht lange nach dem nzug der Verbündeten in Paris, wieder in die Heimat zurück.

Eine provisorische Bewilligung gestattete die Niederlassung als praktischer zt in Locle; das Examen wurde gelegentlich später zur vollsten Zufriedenit des einzigen Examinators, Dr. DE PURY bestanden.

Kaum hatte sich HERMANN's Stellung in Locle konsolidiert, so musste er mit n Eidgenossen für 14 Wochen an die französische Grenze.

Im Herbste 1815 wurde in Bern die Stelle des Prosektors der Anatomie kant; unser Arzt aus Locle erwarb sich mit Erfolg um dieselbe; 1816 erhielt die venia legendi für Osteologie, im folgenden Jahre folgte das chirurgische aatsexamen und bald darauf übergab man dem Vorwärtsstrebenden den prakchen Teil des Hebammen-Unterrichtes, während Dr. LINDT den theoretischen il vortrug. Letzterer resignierte aber schon im folgenden Jahre, so dass RMANN von 1818 an die Hebammenschule allein leitete.

Als im Jahr 1819 Prof. MEYER nach Bonn berufen worden war, besetzte . ITH den Lehrstuhl der Physiologie, während HERMANN Prosektor blieb und m besoldeten Docenten der Anatomie avancierte. Als im Jahrs 1821 Prof. CKEL auf den Lehrstuhl der Anatomie berufen wurde, da trat der gleich-

zeitige Hebammenlehrer in seine frühere Stelle als Prosektor und Docent der Osteologie zurück.

Nach dem Dahingange Meckel's im Frühjahr 1829 erhielt Hermann nicht nur seine Professur als Lehrer der Anatomie, sondern auch der gerichtlichen Arzneikunde und Diätetik. In dieser Stellung verblieb er bis zur Gründung der Hochschule 1834.

Unterdessen hatte der Professor der Anatomie sein Lieblingsfach, die Geburtshülfe nicht vernachlässigt, musste doch schon seine Stellung als Hebammenlehrer ihm solche nahe bringen; er assistierte des weitern bei vielen schwierigen Entbindungen, die der auch als Chirurg allgemein bekannte Operator Leuch ausführte und machte so dessen Erfahrungen zu den seinigen, wie denn auch die literarischen Arbeiten fast ausschliesslich geburtshülflichen Inhaltes waren, teilweise Mitteilungen aus der Leuch'schen Praxis.

Gelegentlich der Eröffnung der Hochschule, bewarb sich Hermann um den Lehrstuhl der Geburtshülfe. Die Ernennung war vorerst nur eine provisorische; es erfolgte indess im folgenden Jahre 1835 die definitive *Erwählung zum ausserordentlichen Professsor der Geburtshülfe*; im gleichen Jahre überreichte ihm die Berner medizinische Fakultät das Doktordiplom.

Infolge der Vereinigung der geburtshülflichen Klinik, der Notfallstube und der geburtshülflichen Poliklinik für Hebammenschülerinnen wurde Hermann im Jahre 1837 zum *Vorsteher der vereinigten Entbindungsanstalten* ernannt. Im Jahre 1853 wurde endlich die Creirung einer Assistenstelle bewilligt, die durch seinen Sohn Th. Hermann besetzt wurde. So hatte der ausserordentliche Professor der Geburtshülfe bis in sein 62. Altersjahr die Zeit und Kräfte raubende Arbeit der einzigen Besorgung der Geschäfte des Gebärhauses, sowohl als wissenschaftlicher Vorstand, wie als Oekonom, auf sich getragen.

Bis zu seinem Tode blieb Hermann in seiner Stelle, wirkte also 26 Jahre lang als Lehrer der Geburtshülfe und hatte — die 17 Jahre als Lehrer der Anatomie mitgezählt — eine akademische Laufbahn von 43 Jahren hinter sich; 42 Jahre lang, seit 1818, erteilte er den Hebammen-Unterricht.

Im Jahre 1826 wurde Hermann Sekretär des Sanitätskollegium; letzere Stelle versah er bis zum Jahre 1833 und blieb mit kurzer Unterbrechung Mitglied dieser Behörde bis 1838; volle 40 Jahre lang war er Mitglied der medizinisch-chirurgischen Kantonal-Gesellschaft, in den Jahren 1833-1837 deren Präsident.

Im Februar 1817 hatte sich Hermann mit der ihm von Kindheit an teuer gewordenen Jugendfreundin Elise Hermann verheiratet, mit welcher er denn 42 Jahre einer glücklichen Ehe verleben durfte und der 7 Kinder entsprossen. Am 20. Juni 1861 verschied Hermann.

In den Zwanziger Jahren erschienen in der damals vielgelesenen medizinisch-:hirurgischen Zeitung teils Abhandlungen, teils Auszüge oder Rezensionen ıamentlich französischer Schriften, sowohl aus dem Gebiete der Chirurgie als ler Geburtshülfe. Eine nicht kleine Zahl der Aufsätze bewahrt das Archiv der nedizinisch-chirurgischen Kantonalgesellschaft, unter welchen seine Eröff-ıungsrede am 25. Jahrestage der Gesellschaft (22. Juli 1835) als ein interes-santes und lehrreiches Gemälde derselben dem Drucke übergeben wurde. Im ahre 1824 schrieb Hermann ein *Manuel des sages-femmes*, welches er 1832 n's Deutsche übersetzte und 1856 umarbeitete. Auch verdient noch eine in Bern beliebte « Anleitung zur Krankenpflege » (1839) sowie eine auf Anord-ıung der Erziehungsdirektion gedruckte Arbeit: « Ueber das Bedürfnis von Taubstummen-Anstalten im Kanton Bern » der Erwähnung:

Sein Streben ging nicht nach Ruhm und Ehre, sondern mit frommer Hin-ebung, ja mit Selbstaufopferung widmete er sich einzig dem Dienste der leiden-len Menschheit.

X.

Dr. THEODOR HERMANN*

gew. Professor der Geburtshülfe an der Universität Bern.

Biographische Skizze.

1817—1867.

Prof. Dr. Theodor Hermann wurde am 4. Dezember 1817 als einziger Sohn Prof. J. J. Hermann's und als Aeltester von 7 Kindern geboren. Nach einer glücklich verlebten frühesten Jugendzeit, besuchte er die städtische Realschule, lurchlief die üblichen Gymnasialklassen und nachdem er noch in Lausanne be-

* Diese biographischen Notizen verdanke ich einer noch lebenden Schwester des ver-torbenen *Prof. Dr. Th. Hermann*, Frl. C. Hermann, die selbe auf gütiges Ansuchen on Collega *Dr. R. v. Fellenberg* der Gynæcologica Helvetica bereitwilligst nebst Na-ıenszug des Prof. J. J. Hermann zur Verfügung gestellt. Den Namenszug von *Prof. Th. Hermann* (siehe Portrait) habe einem Briefe entnommen, den derselbe an Frau Küfenacht, Hebamme in Genf, gerichtet. Die beiden Bilder der verstorbenen Profes-oren, von Vater und Sohn, wurden mir von der medizinischen Fakultät der Univer-ität Bern zur Reproduktion zur Verfügung gestellt, wofür ich an dieser Stelle mei-en besten Dank ausspreche.

sonders seine sprachlichen Kenntnisse erweitert hatte, öffneten sich ihm die Hörsäle seiner heimischen Universität.

Unter den väterlichen Auspicien, sowie aus besonderer Vorliebe widmete er sich dem Studium der Medizin. Seine akademischen Lehrer waren damals unter Andern VALENTIN, VOGT, DEMME, FUETER. HERMANN.

Nach mit Auszeichnung bestandenem Staatsexamen (1844) führte ihn eine Studienreise durch verschiedene Universitätsstädte Deutschlands — wie Bonn, Giessen, Würzburg, nach Wien und später nach Paris, wo er sich in erster Linie den Hörsälen und Spitälern seines Spezialfaches, der Geburtshülfe zuwandte. Mit reichen Eindrücken und Anregungen kehrte HERMANN im folgenden Jahre nach Bern zurück an die Seite seines Vaters, der, in seiner Gesundheit angegriffen, den Sohn mit offenen Armen empfing, um einen Teil seiner vielseitigen Arbeit auf die jugendlichen Schultern abzuladen; aber erst im Jahre 1852 wurde HERMANN staatlich als Assistenz angestellt; nebenbei wirkte er als Privatdocent.

Nach dem Hinschiede seines Vaters, Prof. J. J. HERMANN's, ernannte ihn der Regierungsrat zum ausserordentlichen Professor der Geburtshülfe und zum Vorsteher der Entbindungsanstalt und der Hebammenschule; zwei Jahre später folgte die Ernennung zum ordentlichen Professor.

Neben einer ausgedehnten Privatpraxis beschäftigte sich Th. HERMANN intensiv mit der Lösung verschiedener wissenschaftlicher Fragen*, unter Anderm modifizierte er die Geburtszange, die dann ihrer Vorzüge halber viele Anhänger fand.

Allzufrüh in seinem fünfzigsten Lebensjahre wurde Prof. Th. HERMANN nach längerer, schwerer Erkrankung am 25. März 1867 seinem schönen Wirkungskreis entrissen.

In seinen Leidenstagen raffte er sich zu einem Ausgange zusammen, um in einer medizinischen Versammlung mit allem Nachdruck die Dringlichkeit der Erstellung passender Gebäulichkeiten für den Frauenspital zu befürworten. Die Erfüllnng dieses Wunsches sollte er nicht mehr erleben.

Nach 6 Jahren rastloser Tätigkeit, in der Stellung seines von ihm verehrten und geliebten Vaters, wurde Professor THEODOR HERMANN aus diesem Leben abberufen.

* Siehe *diesen Jahrgang*: *Dr. Th. Hermann:* « Zur Lehre vom Kaiserschnitt ». Bern, R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864.

Dr. Th. Hermann, Bern :

Zur Lehre vom Kaiserschnitt.

(R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864, Bern.)

Die vorliegende Arbeit ist sowohl in klinischer Hinsicht als auch vom historischen Standpunkte aus äusserst interessant; sie füllt in Gross-Oktav 233 Seiten und hat 3 Tafeln beigefügt.

Th. Hermann beginnt mit einer biographischen Skizze seines Vaters, *Prof. Dr. J. J. Hermann,* die uns einen tiefen Einblick, nicht nur in die Seele dieses vorzüglichen Mannes, sondern auch in die damaligen Zustände der « *Academia Bernensis* » etc. gestatten; dann folgen die « *Beiträge zur Lehre vom Kaiserschnitt* » und zwar Kaiserschnitte von *Dr. Hiltbrunner* und *Dr. Zimmerli*, von *Dr. Tièche* und *Dr. Kaiser* (zwei Kaiserschnitte an derselben Frau), von *Dr. Büchler,* aus dem *Gebärhause zu Bern* (3 Fälle), Kaiserschnitt von *Dr. Jäggi.*

Den 8 Kaiserschnittsoperationen werden noch *weitere Geburtsgeschichten* in Kürze beigefügt, welche an und für sich, aber namentlich auch in Rücksicht auf die Lehre vom Kaiserschnitte, nicht ohne Interesse sind, als ein Fall von *Gastrotomie bei graviditas extrauterina* von *Dr. Greppin,* von *Hermann* selbst beobachtete Fälle: *Absolute Geburtsunmöglichkeit durch ein Fibroid, Geburt einer todten, hydrocephalen Frucht bei 2 $^3/_4$ Zoll Diagonalconjugata, künstlicher Abortus wegen Beckenbeschränkung, Wendung bei 2 $^1/_3$ Zoll Conjugata und endlich Wendungsversuch bei 2 Zoll Conjugata.*

Hermann verbreitet sich dann des weiteren über das *Thema des Kaiserschnittes an Todten** ; er sucht der Reihe nach folgende Fragen zu beantworten:

1. Zweck der Operation?

2. Zu welcher Zeit der Schwangerschaft findet die Sectio cæsarea post mortem ihre Anzeige?

3. Wie lange nach dem Absterben der Schwangern lässt sich noch mit Aussicht auf Erfolg der Kaiserschnitt vornehmen?

4. Wie verhält sich die Prognose der Operation?

5. Inwieweit ist der Arzt zur Vornahme des Kaiserschnittes nach dem Tode verpflichtet?

* Siehe *diesen Jahrgang,* p. 131 : *Dr. O. Russ:* « Ueber Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangern ».

Ein letztes Kapitel von 43 Seiten behandelt den *Kaiserschnitt an Lebenden* und zwar stellt *Hermann* folgende *Themata* auf: Indicationen (Kind ist abgestorben; die Frucht lebt); absolute Geburtsunmöglichkeit bei lebendem Kinde am Ende der Schwangerschaft, ebenso vor Ablauf der Schwangerschaft erkannt; relative Geburtsunmöglichkeit bei lebendem Kinde am normalen Schwangerschaftsende, ebenso vor Ablauf der Schwangerschaft erkannt. Vergleichung der prognostischen Verhältnisse der bei der Beckenbeschränkung unter 3 Zoll indic. Operationen: Kaiserschnitt, Perforation und Cephalotripsie; künstlicher Abortus, künstliche Frühgeburt; Resultate obiger Untersuchungen; die Operation des Kaiserschnittes; Nachbehandlung.

XI.

PROF. Dr. JOHANN JACOB BISCHOFF, BASEL.

Tagebuch-Notizen.

Studienreisen nach Wien, London, Glasgow, Edinburgh und Dublin während der Jahre 1867-68.

(Zweite Hälfte.)*

LONDON

65. *Gynækologische Abteilung im London-Hospital.* Besucht am 7. Jan. 1868. Sie steht unter Dr. HEAD, einem Mann von etwa 50 Jahren. Dienstag und Freitag von 1 $^1/_2$ Uhr an macht er die Visite mit dem *Residentaccoucheur,* operiert eventuell und nimmt dann im « Outpatientroom » die Aufnahme vor. — Die ganze Abteilung besteht aus *einem* Saale mit 12 Betten. Der Saal ist gross, sehr hell; doch beklagt sich HEAD über dessen schlechte Ventilation, für die keine besonderen Einrichtungen vorhanden sind und HEAD ist ganz der Ansicht, dass gute Luft und auch gute Kost wesentliche Bedingungen zum Gesunden sind. Am Ende des Saales befindet sich eine Art Verschlag mit einem grossen Fenster, das hell genug gibt, weil es die ganze Länge des Hofes, also viel Horizont vor sich hat. — *Der Operations-Untersuchungstisch* ist 3teilig, nieder, breit, mässig gepolstert. — *Untersuchung* in der *Seitenlage.* Die Patientinnen haben sehr lange Hemden an, darüber einen Schlafrock, wenn sie in das Untersuchungszimmer

* Siehe « Erste Hälfte » in *Gyn. Helvet.* IV, p. 353 und folgd.

kommen. — In der Abteilung wird *Puerperalfieber nicht aufgenommen,* wohl aber Blutungen nach der Geburt etc. etc.

Carcinoma cervicis bei einer 38-40 jährigen Frau, die noch wenig heruntergekommen aussieht. Das hintere Scheidengewölbe ist schon mitergriffen. Von einer Operation kann keine Rede sein. Er versucht *Injektionen* von *Jodtinktur* in die *Krebsmasse* und ebenso Bepinselungen mit Jodtinktur, worauf ein Glycerintampon gesetzt wird. Er kennt die *Thiersch*'schen Injektionen und injizierte z. B. in einen *verdickten Cervix* Jodtinktur; ebenso bepinselte er ihn.

Bei *Uterusfibroid*, wenn er mit der Uterussonde dessen Sitz genau eruiert hat, erweitert er mittelst Pressschwamm den Cervix und bepinselt dann mit konzentr. Jodtinktur die erkrankte Stelle, was er den Einspritzungen in die Uterushöhle bei weitem vorzieht.

Fall von leichter Anteflexion mit etwas *verhärtetem und vergrössertem Uterus,* bei einer etwa 50 jährigen Frau. Er diagnostiziert Carcinom des Fundus und meint, ein harter Uterus in diesem Alter sei stets bedenklich. Mir scheint es einfache Anteflexion zu sein. Der Cervix ist weich. — Bei Flexionen liebt er die *Hodge-Pessarien* nicht, noch weniger wendet er sie bei *Prolapsus uteri* an, weil beim Husten der Uterus immer nach abwärts dränge und um dem zu genügen ein fixer Punkt aussen an der Symphyse genommen werden müsste. Von unsern Pessarien mit Bauchplatte und Stahlfeder will er nichts wissen, weil sie bei einer etwaigen Tympanitis oder sonstigen Auftreibung des Bauches die abdominale Respiration hemmen und so eine rein thoracale eingeleitet werde, bei der aber stets starkes « Nachuntendrängen » stattfinde. — Er sah schon öfter *Prolapsus uteri* mit starken *Diarrhoen* kompliziert und *Mastdarmtenesmus.* Man muss erst die Diarrhoe bekämpfen und den Tenesmus, ehe man reponieren und ein Pessarium einlegen kann, weil der Tenesmus diese nicht ertragen würde. So ist eine Frau da, die nach einem rheumat. Fieber hartnäckige Diarrhoen und Tenesmus behielt, so dass man lange Zeit ihren Vorfall nicht behandeln konnte.

Von *der Discission des Cervix bei Flexion* ist Head kein Freund. — Bei Prolapsus uteri, wo durch Operation geholfen werden soll, schneidet er ringsum *kleine Stücke der Vagina* aus, um deren Lumen zu verengern; doch glaubt er, sei diese auch keine sichere Operation, besonders wenn gleichzeitig Husten etc. besteht, wobei der Uterus mit Macht abwärts gedrängt wird. Besteht gleichzeitig Induration und Vergrösserung des Cervix oder des Uterus, so sucht er zuerst durch *Jodbepinselung* (wie bei Halsdrüsen) diese zu verringern, damit besonders das Gewicht des Uterus sich verkleinere und damit die Tendenz herabzusinken abnähme; erst dann macht er die *Elytrorrhaphie.*

Bei Blutungeu nach der Geburt, in Folge von *Atonie* und ebenso bei einfacher *Subinvolution ohne Blutung,* wo es ihm darauf ankommt stärkere Contraktionen des Uterus anzuregen, benutzt er den *Induktionsstrom,* den einen Pol über der Symphyse, den andern kreisförmig im Vaginalgewölbe in Form einer Feder appliziert, dadurch entstünden an verschiedenen Stellen galvanische Reizung und der Uterus ziehe sich allseitig zusammen, wie eine Hand, in deren Vola-Mitte der Pol aufgesetzt wird; auch kann man beide Pole in die Vagina einführen. Vom Einsetzen der Pole in das Rectum, um die Uterinnerven zu treffen, will er nichts wissen.

Bei starken Blutungen bei der Geburt macht er die Transfusion; besonders viel verspricht er sich von derselben beim *Neugebornen*, das in Folge starker Metrorrhagien der Mutter schwach ist und deswegen zu keiner gehörigen Respiration kommen kann. Er spritzt ihm Blut durch die *Nabelvene* ein.

Bei nervöser Dysmenorrhoe rät er *Chloroformdampf in den Uterus* einzuleiten und versuchte es auch mit gutem Erfolg. Das Chloroformfläschchen wird in warmes Wasser gestellt und mit einer langen Röhre in Verbindung gebracht; hält man deren periphere Mündung ans Licht, so wird dieses letztere ausgeblasen. Die Röhre wird in den Cervix eingeführt; damit die Chloroformdämpfe aber nicht durch die Tuben gepresst werden, hat die Röhre noch eine zweite neben sich (double courant), die den Dampf wieder herausleitet. Die direkte Betäubung der Nerven hebt die Dysmenorrhoe, wenn sie nervös ist, auf, ohne dass Gefahr dabei ist.

Ulcerationen im Cervix sieht er oft, bald mit Blutung, bald mit viel Sekret; er äzt sie.

Wenn er *Bäder* verordnet, die auf den *obern Teil der Vagina* und den *Cervix* Einfluss haben sollen, so führt er stets ein von ihm angegebenes *Drahtspeculum* ein; etwa 4″ lang und $^3/_4$″ im Durchmesser, oben abgerundet, unten offen, wird es in einem gewöhnlichen röhrenförmigen Speculum eingeführt und dieses dann über ihm zurückgezogen; dadurch wird die Vagina wirklich offen erhalten, während sonst ihre Wände fest aneinander liegen und kein Wasser eindringen kann. (Dies wäre wohl auch für Geschwüre etc. wichtig.) (Skizze.)

Head glaubt, dass wir bald eine eigene *Ovarialpathologie* (patholog. Physiologie) bekommen werden. Die Anomalien in der Funktion dieses Organs seien enorm wichtig für alle möglichen Frauenkrankheiten, besonders die der Menstruation, und im Ganzen seien sie im Vergleich zu den Krankheiten des Uterus viel zu wenig gewürdigt.

Fall von Tumor im Unterleib. Frau von 40 Jahren, sehr mager, graugelbe Gesichtsfarbe, trockene Haut, keine Krankheit in der Mamma; sie will erst kürz-

lich so abgemagert sein. Ihr Abdomen ist wie am Ende der Schwangerschaft, jedoch gar keine Rugae. Nabel vorgetrieben. Die Percussion ergibt überall leeren Schall, nur in den tiefsten Partien der Seiten tympanitischen Schall. Deutliche Fluktuation besonders über der Symphyse, Bauch sehr gespannt. Unter dem Epigastrium eine fast kindskopfgrosse, solide Geschwulst, die sich deutlich umgrenzen lässt. HEAD hält es für eine vom linken Ovarium ausgehende Cyste. Die solide Geschwulst scheint ihm nicht bedenklich, weil keine Venen an den Bauchdecken sichtbar sind und weil die Brüste frei sind. Es soll eine Punktion gemacht werden.

66. *Ovariotomie von Wells**. Mittwoch den 8 Januar 1868.

Mary Gibson, 49 Jahre alt, mit grauen Haaren, gut genährt aussehend, nie punktiert. Ihre Bauchdecken waren als dünn befunden und sehr gespannt. Die Vaginaluntersuchung ergab einen stark antevertierten Uterus (auch etwas vergrössert); doch da der per rectum eingeführte Finger ohne Mühe über den Fundus reichen konnte, so war die Anteflexion nicht etwa als durch Druck der Ovarialgeschwulst zu erklären. Narkose ziemlich unruhig. Bauch mässig gross, prall gespannt. Haut graugelb, ohne Veneninjektion.

* Im Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte findet sich in N° 2, pag. 70, 1904, eine Notiz, betreffs einer *Ovariotomie*, die *Spencer Wells* am 13. Juli 1865 in Zürich ausgeführt. Da diese Notiz vom geschichtlich-medizinischen Standpunkt aus sehr interessant erscheint, so soll sie hier in extenso wiedergegeben werden:

Die erste Ovariotomie in der Schweiz.

Vor wenigen Tagen hat sich die Erde über einer ehrwürdigen Matrone geschlossen, welche vor bald 40 Jahren die erste war, die sich einer damals ganz neuen, lebensrettenden Operation unterzog. Die Gattin des uns Aeltern so wohlbekannten « Helfer Hirzel », damals Pfarrer am St. Peter, litt anfangs der 60ger Jahre an einer Eierstockgeschwulst, welche sie nach und nach tief herunterbrachte. Auch der konsultierte Arzt an hiesiger Frauenklinik, *Prof. Breslau*, wusste keinen Rat mehr. Deshalb schrieb er im Einverständnis mit dem Gatten an *Spencer Wells* in London, welcher schon einige Zeit den Eierstockschnitt mit meist günstigem Erfolg unternommen hatte, ob er sich nicht verstehen könnte, die Operation vorzunehmen.

Spencer Wells erklärte sich sogleich mit Freuden bereit, die Ovariotomie nach seiner Methode auf dem Kontinent einzubürgern, kam nach Zürich und führte die Operation mit bekannter Sicherheit und peinlicher Genauigkeit in Gegenwart einer beschränkten Anzahl Zürcher Aerzte — am 13. Juli 1865 — aus. Die Geschwulst, nebst Inhalt, von *Dr. Ferd. Ris* und dem Unterzeichneten gewogen, erreichte das ansehnliche Gewicht von etwas über 50 Pfund. Operation und Nachbehandlung, welch' letztere grösstenteils in des Operateurs Gegenwart geführt wurde, verliefen ganz glatt, so dass Pat. noch über 38 Jahre in ungetrübtem Wohlbefinden lebte.

Ein einfaches Nachtessen im Hotel Baur machte den berühmten Operateur mit den Zürcher Kollegen bekannt, und bald nachher führten sowohl *Prof. Breslau* als auch andere Zürcher Aerzte die Operation aus. Die frühere Patientin starb 83 Jahre und

Schnitt 4". Dünne Bauchdecken, eine Arterie (oder Vene) blutet und wird n beiden Seiten vermittelst « Pressartères » gestellt; während der Operation illt eine ab, ohne neue Blutung von Belang. Bauchfell nicht adhærent, dünn; yste durchwegs schwarzblau. Bei der Punktion entleert sich massenhaft äus-erst dünnflüssiger, gelbrötlicher Inhalt, ohne Flocken; unter Zug mittelst der ngeschlagenen Hacken und gleichzeitigem Druck des Assistenten auf die Seiten er obern Bauchhälfte, folgt unter völliger Entleerung die Cyste rasch; vergeb-ch aber versucht man den Stiel zum Vorschein zu bringen; die Hand geht ein nd findet, dass fast kein Stiel da ist. Das linke Ovarium ist Sitz des Tumors,

Monate alt an Marasmus und seniler Bronchiolitis. Ich machte mit einem andern, enfalls verwandten Arzte, *Dr. Locher-Habich*, die Sektion, welche folgendes ergab: s Abdomen der äusserst abgemagerten Leiche ist ganz zusammengefallen, es fällt f, dass der Nabel fehlt. Bei genauem Zusehen ist endlich, fast in der linea alba, eine denförmige Narbe zu entdecken. Beim Einschneiden konnte man in der Gegend s Nabels den bindfadendünnen Stiel der damaligen Geschwulst, welcher in die uchwunde eingelassen ward, entdecken. (Bei der Operation war er, meines Erin-rns, etwa drei fingerdick gewesen.) Das Netz retrahiert, die Gedärme ohne Adhæ-onen; es hatten auch bei der Operation keine bestanden. Das linke Ovarium fehlte, r Uterus war gänzlich senil atrophiert. Alles übrige ganz normal.

Dr. Hirzel-William, Zürich.

Als Antwort auf obenstehende Notiz folgte im Correspondenz-Blatt für Schweizer-rzte, N° 3, pag. 101, eine weitere Bemerkung:

Zur ersten Ovariotomie in der Schweiz, die wir der Vollständigkeit halber hier rtlich wiedergeben.

In der letzten Nummer des Corr.-Blattes berichtet Herr Dr. Hirzel-William über ie von *Spencer Wells* im Jahre 1865 mit Erfolg ausgeführte Ovariotomie und über fast 40 Jahre später (1903) vorgenommene Sektion der Operierten. Wenn jene eration als « erste Ovariotomie in der Schweiz » bezeichnet wird, so ist das nicht nz richtig. Die Basler pathologisch-anatomische Sammlung besitzt das Präparat er von dem geistvollen Anatomen und Arzte Carl Gustav († 1864) ausgeführten ariotomie (siehe Alb. Teichmann: Die Universität Basel 1885, S. 100, wo Unter-chneter das Präparat wohl mit Recht als « Erinnerung an die erste in der Schweiz sgeführte Operation dieser Art » erwähnt hat). Nach einer Mitteilung des treff-ien, unlängst verstorbenen Dr. Martin Burckhardt-His, der bei der Operation zegen gewesen war, verrichtete Jung jene Operation im Jahre 1861 oder 1852, also hrere Jahre vor Spencer Wells' erstem Versuch der Ovariotomie (1857). Wie man iss, ist schon vor Spencer Wells hin und wieder die Ovariotomie ausgeführt wor-, zuerst wie es scheint und zwar mit Gläck von dem schottischen Chirurgen Ro-rt Houstoum 1701, später (1809) mehrmals von Mac Dowell in Kentucky und Andern Viele Operationen vor Spencer Wells endeten tötlich, wenn sich Un-zeichneter nicht täuscht auch Jung's Fall. So möchte denn Hirzel William's Mit-ung die erste « erfolgreiche » Ovariotomie in der Schweiz betreffen.

M. Roth.

das rechte ist gesund, der Uterus stark anteflektiert. Mit BRAXTON HICK's Klemme wird die Cyste so tief als möglich gepackt, immerhin eine Doppelwand von 5″ Breite darstellend, und während ein Assistent die Wunde gut schliesst, wird oberhalb abgeschnitten und dann im Niveau die Klemme mit prismatischem Glüheisen alles glatt weggebrannt; nun wird vorsichtig geöffnet, wobei aber sofort eine grosse Arterie am rechten Ende des Stieles spritzt; unter der Klemme wird eine Sperrpincette angelegt; bei neuem Oeffnen keine neue Blutung, nur in der Mitte des Schorfrandes eine pulsierende Stelle; diese wird von oben her mittelst einer Pincette gefasst und nun langsam der mit der Klemme fest verklebte Schorf aus dieser gelöst und diese entfernt; dabei beginnt eine kleine Blutung aus dem linken Winkel; zunächst wird auf der rechten Seite der Winkel 3‴ breit gefasst, mit einer Seidenligatur (aus 2 Fäden bestehend) abgebunden und die Fäden 2—3‴ lang abgeschnitten, dann wird auf gleiche Weise der linke Winkel abgebunden und zuletzt die pulsierende Stelle in der Mitte. Der Schorf ist 1‴ dick, weitere 5‴ sind durch das Instrument stark gequetscht. Der Stiel wird nun in die Bauchhöhle fallen gelassen und 6—7 Nähte angelegt, darauf einmal mit einem Schwamm eingegangen und da dieser nur blutig tingiert ist, sofort die Wunde geschlossen und auf gewohnte Weise verbunden.

Die Cyste ist sehr dünnwandig, an der inneren Seite findet sich eine 4 □″ grosse Stelle mit starker Hæmorrhagie in und auf der Wand, ringsherum einige Falten und Verdickungen, entsprechend früherer Sepsis, d. h. kleine Cysten, die sich in die grosse entleert hatten. Aehnliche Ueberbleibsel von kleinern Cysten, als ringförmige Säume, finden sich noch weiter, jedoch ohne Spuren von Blutung. An der äusseren Oberfläche keine Spuren von Adhærenzen, von einem Stiele natürlich keine Spur; oberhalb der Abschneidungsstelle ist ein 1½″ langes Stück der Tuba Fallop. attachiert.

WELLS zeigt die 2 letzten Operierten; die vom 18. Dezember ist auf und im Begriffe auszutreten; die vom 2. Januar ist wohl und munter im Bette.

Dr. ROUTH operierte vor der Ovariotomie einen schweren Fall von Prolapsus der hinteren Scheidenwand, indem er eine U-förmige Anfrischung der hinteren Commissur vornahm und diese mit einer einfachen Reihe von Eisendraht-Suturen vereinigte. T-Binde. Operation in der Rückenlage, schief gestellte Fussbretter mit Lederriemen, zum Hineinschlupfen.

BAKER-BROWN soll in den letzten Tagen eine *Sectio cæsarea* mit gutem Erfolg für Mutter und Kind gemacht haben, was ausser dem Falle von *Greenhalgh* und einem weiteren, der einzig glücklich verlaufende, unter vielen in der letzten Zeit in England ausgeführten Kaiserschnitten, ist.

67. *Episiorrhaphie im London Hospital.* 14 Januar. $1^1/_2$ Uhr.

55jährige, schwächliche Person, an Husten leidend, hat nach einem Dammriss « in partu » schon jahrelang einen *Prolapsus uteri totalis*, mit geringer Vergrösserung der Uterushöhle. Die Blase ist mit im Prolaps.

Chloroformnarkose, sehr unruhig, gegen Ende wird Patientin sehr bleich; sie liegt in Rückenlage auf dem SIMS'schen Tische, Kreuz durch ein weiches Kissen erhöht. Kopf tief. Je ein Fuss- und Handgelenk werden durch eine Binde miteinander verbunden, wobei die Fersen sehr weit auseinander zu liegen kommen; da Patientin nicht ruhig genug ist, werden von der Wärterin die Knie gegen den Bauch gedrängt, wobei die Dammgegend stark vorgedrängt wird und zeitweise pestilente Düfte aus dem gezerrten Sphincter ani vorquellen. — Dann fasst man $^1/_3''$ lang und sehr dünn. 2 längsovale Brücken werden nun jederseits von der Fourchette ($1^1/_4''$ lang und $3'''$ breit) abgetragen, dieselben hinten verbunden; 3 metallene Suturen verbinden die Schleimhaut; die Knoten sehen nach aussen; 5 tiefe metallene Nähte bewirken die Hauptvereinigung.

In die Vagina wird Glycerin geschüttet und die Wunde damit bestrichen; als Antiseptikum Wattetampon in die Vagina, Lintkompressen in Glycerin, mittelst einer T-Binde befestigt. Rückenlage.

Die Operation wurde unter Dr. HEAD's Leitung von Mr. THORP, « Accoucheur resident », ausgeführt.

Bei einem andern *Prolaps*, der bisher wegen starker Diarrhœ nicht in Angriff genommen werden konnte, wird ein füllhornförmiges Pessarium (Skizze) mit T-Binde angelegt. HEAD gibt sonst den *Zwanck*'schen bei Prolaps den Vorzug (er mag die *Hodge*'schen nicht), glaubt aber hier besser eines mit T-Binde anzulegen, weil Patientin noch oft Stuhldrang hat, wobei das andere leicht herausgedrängt werden könnte.

Carcinoma cervicis: gegen die Blutungen Tampon mit Tannin. — Gute Nahrung, Wein, Bier.

Subinvolution: entlassen. Ol. jecoris. Ferro-ammon-citrat mit Aether chlor.

Retroversio uteri gravidi III mens. mit starken Blasenbeschwerden. Mit einem Finger im Rectum und einem in der Vagina wird in Knieellenbogenlage reponiert.

Ovarialgeschwulst: soll punktiert werden, ehe an die Operation gegangen werden soll.

68. *Metropolitan Free Hospital.* Devonshire Square. N. E.

In der Ecke zwischen Bishopsgate und Houndsditch an Petticoatlane gelegen, mitten in einem dichtbevölkerten, enggebauten, schlechten Viertel, ohne Luft ringsum. Sie bauen deswegen ein neues. Diesen Herbst soll der Grundstein

gelegt und der Bau in einem Jahre fertig werden. Er wird dem Arbeiter- und Dockviertel zu gute kommen. *Metropolitan Free Hospital* hat wie *Royal Free Hospital* fast die stärkste Outpatients-Praxis, weil die beiden Spitäler die einzigen sind, wo Patienten ohne Empfehlung zugelassen und in die stationären Abteilungen aufgenommen werden. Besonders viel Ausländer kommen dahin, sehr viele Deutsche (auch Holländer, Portugiesen und Polen); die Juden stellen ein grosses Kontingent. Sie haben eine besondere Abteilung im Spital, mit einer « Jewish-Kitchen ». Es sind 50-70 Betten vorhanden. Chirurgische und innere Patienten durcheinander. Jeder Arzt belegt, so lange Platz da ist, nach Belieben. Das Gebäude ist uralt, enge, niedere Zimmer, ohne Ventilation, winklige Gänge, alles unsauber. Eiserne, niedere, ziemlich breite Bettstellen mit blau-weiss-carrierten, reinlichen Ueberzügen. 2-4-8 Betten in einem Raume (viel zu viel für die engen Zimmer). Kopfzettel reinlich und in Ordnung. Wärterinnen schmutzig.

Dr. Beigel, Physician, von 12-3 (oder 4 h.) Outpatients und mit ihm gleichzeitig noch 3 andere, interne Aerzte. Die Kranken haben kleine Marken als Einlasskarte.

Dr. Beigel beschäftigt sich ausser mit *Gynækologie* viel mit *Epilepsie* etc.

Schöner Fall von *Hydrocephalus* bei einem Kinde, acut bekommen, jetzt chronisch. Grosse Fontanelle kaum 20 cm. gross.

Gynækologie: Untersuchung auf breitem, hohem Tisch, Polster unter dem Kopf. Linke Seitenlage; der linke Arm hängt hinter dem Rücken hinunter. Kniee gebogen. Diese und die Füsse beisammen. Sims- Spiegel.

Carcinoma cervicis bei einem 25jährigen Mädchen; die ganze Cervical-Portio ergriffen; soll mit dem, ihm von Middeldorph geschenkten galvanocaust. Apparate nächstens operiert werden.

Retroflexion, bald nach dem Wochenbett entstanden, grosse Mattigkeit, Schwäche, Stuhlunregelmässigkeit, Hæmaturie; Fluor.-Pat. soll erst Einspritzungen machen, dann will er aufrichten. Nebenbei erhält sie Ferrum.

Anteflexion nach einem Abortus bemerkt. Die (Anteflexion bestand schon früher und verursachte den Abortus.) Pat. hat 7 Entbindungen durchgemacht, alle gut und 2 Abortus. — Fluor albus, Schmerzen. *Therapie:* Einspritzungen, Abführmittel, später wieder aufrichten.

Bei Chron. Metritis gibt *Beigel* Abführmittel. (Quecksilber hasst er und gibt es kaum zweimal im Jahr.) *Braxton Hicks* Wendung macht er öfters, glaubt aber nicht, dass sie grosse Anwendbarkeit besässe. — Heute hatte er einen Fall von *Placenta prævia.* In der stationären Abteilung befindet sich ein Beckenabszess etc.

69. *Besuch bei Dr. Braxton Hicks* am 21. Januar 1868. Mittags $12^1/_4$ h.

Braxton Hick hält Donnerstag und Samstag von 12 h. an gynækologische Outpatients-Klinik und macht Montag und Freitag von $1^1/_2$ h. an Visite bei seinen stationären Kranken. Er hat 25 gynæk. Betten und Extrazimmer für Kaiserschnitt, Eklampsie etc. Diesen Winter machte *B. H.* einen *Kaiserschnitt*; Pat. bekam Erbrechen und dem schreibt er die tötliche Peritonitis zu. Ihm ist Kaiserschnitt eine gewagte Operation, wenn auch GREENHALGH nahezu zwei gerettet hätte. — Von ETHERSPRAY verspricht er sich nur bei kleinern Operationen Nutzen. — Von seiner kombinierten Wendung verspricht er sich in jedem Falle von Placenta prævia guten Erfolg. — In Betreff der Eklampsie glaubt er, seien wir noch nicht ganz im Klaren. Er sah *nach* den Anfällen konstant Eiweiss, oft auch Epithelcylinder; seltener sah er Albuminurie schon bei dem Anfalle. Nach den Anfällen nimmt der Eiweissgehalt gradatim ab. Er glaubt nicht an eine präexistierende Nierenerkrankung als ætiologisches Moment. Woher kommt das Albumin? Die Contraktionen bei den Convulsionen können sie nicht bewirken, wenn Albumin gleich bei den Anfällen auftritt; auch wird bei den sehr ähnlichen epileptischen Anfällen nur selten Albumin gefunden. — Der Druck des Uterus scheint viel Ursache zu sein. *Vielleicht* liegt aber der ganzen Erkrankung eine *Blutvergiftung* zu Grunde, die auf das Gehirn wirkend, Konvulsionen hervorruft und auf die Nieren wirkend Albuminurie bewirkt.

70. *Ovariotomie von Spencer Wells*, am 22. Januar 1868. $2^1/_2$ Uhr.

Mary Ambroise, 34 Jahre alt, ledig, schon 5 mal punktiert, wobei jedesmal 12-20 Pfund Flüssigkeit entleert wurden, das letzte Mal vor einigen Wochen. Bauch sehr gross, prall gespannt. Decke nicht dick; es wird eine grössere Vene durchschnitten, die Blutung steht bald, nachdem die Vene mit einer Presse artère gefasst worden war. Schnitt $4^1/_2$''. Cyste bläulich-grau. Einige leichte Adhæsionen vorn, die zerrissen werden ohne Blutung zu verursachen. Die punktierte Cyste entleert sich leicht; Inhalt graubraun, dünnflüssig; endlich wird mit einiger Mühe eine Mannskopf-grosse, feste Partie mit vielen kleinen Cysten herausbefördert. Stiel lang, in Klammer gelegt. Rechtes Ovarium gesund. In der Bauchhöhle kaum eine Spur Blut. 8 Nähte etc.

Narkose sehr ruhig verlaufen.

Sehr grosse Cyste, zeigt innen an der letzten Punktionsstelle ein Nuss-grosses Conglomerat von Coagula. Die ganze Innenfläche ist flockig.

Der behandelnde Arzt und SIR WILLIAM FERGUSSON (der mit-assistiert) sind zugegen.

WELLS erzählt mir, dass die am 8. Januar operierte Frau am fünften Tage starb, dass aber die Sektion nicht gemacht werden konnte. Todesursache:

Peritonitis. Starkes Fieber, hoher Puls. — Die am 2. Januar operierte 22jährige Frau ist vollständig geheilt und zum Austreten bereit. — Vier andere Personen mit Ovarialcysten sind da. Eine mit einer ganz einfachen, uniloculären Cyste, welche man gestern punktierte, um ihr diese Chance zu lassen. — Eine andere Pat. kam gestern an, mit sehr stark aufgetriebenem Abdomen, prall gespannt, multiloculärer Tumor, bedeutendes Oedem der Beine. — Eine dritte kam sehr erschöpft, heruntergekommen, mit starkem Erbrechen; auch diese wurde punktiert (nachdem ihr schon früher viele Punktionen gemacht worden waren), um sie momentan von ihrer grossen Geschwulst zu erleichtern, bis sie sich etwas erholt hat, um operiert werden zu können. — Eine vierte auch punktiert.

71. *Braxton Hick's Outpatients in Guys-Hospital;* besucht Donnerstag den 23. Januar 1868.

$12^3/_4$-3 Uhr. Es dauert von 12-4. Die *stationäre und ambulator.-gynækolog. Abteilung* befindet sich in einem der neuen Gartengebäude, ziemlich entlegen vom Hauptspital. Auf zwei Seiten frei; die dritte Seite gegen eine enge Strasse. Geräumiges Wartezimmer für 150 Personen und mehr. Das klin. Zimmer schlecht erleuchtet durch zwei Fenster mit Milchglas. Hinter einer spanischen Wand steht das eine Untersuchungssopha, in einem Nebenzimmer das andere. Waschapparate mangelhaft. Eine Wärterin ist nicht immer zur Hand. Zwei Assistenten fertigen, ehe *Hicks* erscheint, die alten Patienten ab, wobei eine von 12 untersucht wird; ebenso fangen sie es mit den Neuen an, von denen auch nur ein kleiner Teil untersucht wird; wenn *Hicks* weggeht, fertigen die Assistenten die Ueberbleibenden noch ab. Krankenexamen kurz, nur auf die inneren Genitalien zielend; vom Untersuchungsbefund wird nichts notiert, sondern nur Name, Alter, Datum, Diagnose und Medikation bemerkt. Die Scheine werden zusammengeheftet.

Urethritis: ein dicker, männlicher Katheter wird 2″ tief in eine starke Tanninlösung getaucht und dann in die Urethra eingeführt.

Die Exploration wird in linker und rechter Seitenlage, zum Teil SIMS-Lage, vorgenommen, Speculation ebenso; nur die Untersuchung der äusseren Genitalien in der Rückenlage. Tubenförmiges Speculum mit Spiegelbelag. SIMPSON'sche Uterussonde. Der Finger wird mit Oel befeuchtet.

Epitheliom der linken grossen Labie: Die hintere Partie ist ganz verloren und zeigt sich als ein grosses Ulcus mit schlecht aussehendem Grunde. Die obere Partie ist vergrössert; unregelmässig wuchernde Neubildung. Es soll die Amputation gemacht werden.

Ovarientumor: starke Auftreibung in der rechten Seite, Schmerz. Dabei stin-

kender Vaginalausfluss. Man vermutet eine maligne Neubildung; es erweist sich der Tumor bei der Untersuchung aber doch als Cyste.

Uteruscarcinome: verschiedene, zum Teil bei ganz jungen Personen. HICKS benutzt die Zeit des Auftretens der Schmerzen zur Differenzial-Diagnose; ob nur anfangs der Nacht oder die ganze Nacht hindurch. — Blutige Entleerungen ausserhalb der Menstruationszeit sind verdächtig. — *Behandlung:* Abführmittel, Colocynth., Einspritzungen von Tannin, Ferrum sulf. und gegen Schmerzen Morphium.

Cervixulcera: *Hicks* ätzt am liebsten mit Zinc. chlor. doch auch mit $Fe^2 Cl^3$ etc.

Subinvolution nach Entbindung. Er hält es für unrichtig, wenn man so oft Subinvolution des Cervix ohne Vergrösserung des Corpus findet und wenn man demgemäss nur lokal behandelt. Er findet unter 10 Fällen 9 mal das Corpus und den Cervix gleichmässig subinvolviert, nur einmal den Cervix allein. Daher allgemeine Behandlung, Ka. J., gegen die Blutung. Tannin-Einspritzung, Ferr. sulf. etc.

Prolaps: Prolaps des Uterus ist viel seltener als derjenige der hintern und besonders der vorderen Vaginalwand. Er versucht verschiedene Arten von Pessarien, was gerade passt. HODGES Pessarien braucht er mehr für Retroversionen.

Beckencellulitis: Uterus meistens verzogen; Die Schmerzen finden sich mehr auf der andern Seite als derjenigen, gegen die der Uterus hingezogen ist. *Behandlung:* Abführmittel, Injektionen.

Retroversion und Retroflexion: Retroflexion entsteht oft durch Ueberfüllung der Blase allein. Bei Retroversion und Retroflexion hat HICKS mit HODGES Pessarien bisweilen vollständige Heilung erzielt. Im Ganzen scheint er kein Freund von Cervixincisionen zu sein, besonders nicht bei Anteversion und Anteflexion. Bei dieser ist die vordere Wand am inneren M.m. sehr dünn. Der Stützpunkt ist hinten und in den Seiten. Schneidet man nun beide Seiten ein, so schwächt man diese Partie am inneren M.m. so, dass die Knickung nur eine um so vollständigere wird. Er will gegen die Dysmenorrhœ den Cervix mit Pressschwamm erweitern und dann den Uterus aufrichten und in der guten Lage zu erhalten suchen. —

HICKS erzählt von seinem jetzt in Behandlung stehenden Falle von *Eclampsie,* dass er die künstliche Frühgeburt eingeleitet habe. Im Ganzen etwa 9 Anfälle. Puls nicht über 80. Erstickungssymptome stark. — Weil der Puls langsam, machte er keinen Aderlass, sondern gab Abführmittel. Es geht gut.

72. *Besuch bei Dr. Hermann Beigel,* Finsbury Square, am 23. Januar etc. etc.

Menstruation: Eintritt derselben, zirka 150 Fälle in Tabellenform; ein Fall von 9 Jahren, 11 Fälle von 10 Jahren; das Maximum befindet sich bei 13

Jahren, während andere Beobachter (60,000) es auf 15 Jahre schätzen. Er verfügte über eine kleinere Anzahl von Beobachtungen über das Aufhören der Menstruation.

Sterilität: er ist im Begriff ein Werk: « *Hundert Fälle von Sterilität* » zu veröffentlichen, wobei die konischen und rüsselförmigen Formen der Vag. portion (Skizze) eine grosse Rolle spielen. (In der Berliner klinischen Wochenschrift hat er schon einige Abschnitte des Werkes veröffentlicht.) 23 Fälle wurden operativ behandelt, davon wurden 8 schwanger.

Drahtspeculum. Füllhornförmig (Skizze), wie es z. B. HEAD gebraucht, findet sich schon in einem 1650 geschriebenen, italienischen Werke über Geburtshülfe angeführt, um bei Frauen angelegt zu werden, die Sitzbäder nehmen sollen etc.

73. *Gynækologische Abteilung* im *Guys-Hospital*, besucht am 24. Januar 1868.

Zwei Sääle mit je 12 Betten, zwei Treppen hoch, im neuen Gebäude. Sääle sehr luftig, hell, je ein Kamin, Ventilationsöffnung; die Sääle stehen durch weite Oeffnungen miteinander in Verbindung; durch ein grosses Vorzimmer, an das auch das Operations- und Untersuchungszimmer anstösst, stehen sie mit allgemeinen Krankensäälen in Verbindung. — Betten mit Vorhängen, alles sehr reinlich, fast elegant.

Eclampsie am achten Tage, wohl, bekommt kräftige Kost (Eier, Fisch); hatte bisher Purganzen, jetzt nicht mehr. Noch eine Spur von Albuminurie; gewöhnlich schwindet diese erst am zwölften Tage, nachdem die Abnahme eine gradatim gehende war.

Grosses Fibroid in der vorderen Muttermundslippe; vor 14 Tagen machte HICKS vom Mm. aus zwei seitliche Einschnitte in die Kapsel und wartet nun, bis das Fibroid sich spontan abstösst, was jedenfalls einen oder einige Monate dauern wird; dabei werden Injektionen gemacht. Tannin etc. Starker Ausfluss.

Carcinom der Blase. Aeltere Frau, bei der nun auch Lungensymptome aufgetreten sind, die eine Metastase vermuten lassen. Einspritzung von Tannin (auch $Fe^2 Cl^3$) in die Blase. Es ist beständig Hæmaturie da.

Epitheliom des Cervix: 31jährige Frau, sehr viel (sypath.) Schmerzen im Rücken.

Dysurie: Ziemlich junge Person, die beständig urinieren musste. Durch Einspritzung von Aqua und Tanninlösung hat sich die Blase nach und nach ausgedehnt und der Urin wird nun nur noch alle $1^1/_2$-3 Stunden gelassen.

Schleimhautpolypen im Cervicalkanal: Sie werden von HICKS mit dem Constrikteur und vielfachem, dünnem Drahte, ohne Speculum auf einmal abgeklemmt und auf die blutende Stelle eine Zeitlang Lint mit $Fe^2 Cl^3$ aufgepresst. Operation ohne Chloroform; in linker Seitenlage. HICKS operiert meist mit dem

ganz einfachen Constrikteur und seinem sehr geschmeidigen, vielfachen Drahte, den er in verschiedener Stärke hat. Den Ecraseur benutzt er nur, wenn der Polyp aussen sichtbar ist und einen sehr langen Stiel hat. Die Kette hat mehr Kraft, ist aber schwerer anzulegen. Bei Polypen, hoch im Uterus, legt er den dicken Draht mit Hülfe zweier Stäbchen aus dünnem Drahte an (Skizze). Er hat 60-100 Fälle so operiert; kein Todesfall, während früher beim Abbinden viele Patienten an Pyæmie zu Grunde gingen. Er operiert schon 8″ lange Polypen, die im Fundus des hochstehenden Uterus beginnen und bis vor die äusseren Genitalien reichen. *Hicks* ist ein Freund der kleinen *Cephalotrihe* mit 2″ Kopfkrümmung, nach vorhergehender *Perforation;* doch wendet er auch *Simpsons-Cranioclast* an. Beim nachfolgenden Kopf perforiert er am Hinterhaupt und cephalothripsiert oder setzt den stumpfen Hacken ein. Bei sehr engem Becken $1^1/_2$″ (Rhachit) trug er das ganze Schädeldach ab, konnte aber nicht cephalothripsieren, daher wendete er und brachte den nachfolgenden Kopf in Gesichtslage, worauf er ganz gut geboren werden konnte.

Seitdem wir über das Chloroform verfügen, wird die Embryotomie selten nötig.

Ist ein Arm vorgefallen und eingeklemmt, so zieht er diesen noch mehr herab, bis er zum Steiss gelangt; ergreift diesen und extrahiert ihn; so vermeidet er die Embryotomie.

74. *Outpatients von Dr. Braxton Hicks*, Guys Hospital, Samstag, den 25. Januar 1868.

Abdominaler Tumor: Blase nicht gefüllt. Fluktuation zu fühlen. Uterus fixiert. Vaginalportio nach hinten dislociert, klein. Mm. nicht offen.

« *Ovarialtenderness* »: Die linke Ovarialgegend per vaginam schmerzhaft. *Verlängerung der Vaginalportion* auf 5″, einen Prolapsus uteri vortäuschend; die Vag. port. ragt $1^1/_2$″ weit vor die äussern Genitalien, ist stark verdickt und intensiv rot; die Sonde kann durch den weiten Mm. leicht $6^1/_2$″ tief eingeführt werden Die rationellste Behandlung ist Amputation der Vag. port. Doch sah Hicks auch guten Erfolg vom Zurückbringen der Vag. port. in die Vagina und Zurückhaltung in dieser Lage durch ein « *Stem Pessarium* » mit T-Binde; es tritt bisweilen bedeutende Verkleinerung der Vag. port. ein. Patientin, die eine Operation nicht wünscht, bekommt ein Pessarium.

Hicks katheterisiert noch in der Seitenlage.

75. *Ovariotomie im Guyshospital,* von Hicks und Durham; am 25. Januar 1868, mittags 2 Uhr.

Abgesondertes, kleines Gebäude im Garten des Hospitals; es scheinen gar keine andern Patienten darin zu sein. Grosses, niederes, geweisstes Zimmer,

durch zwei grosse, aber trübe Fenster schlecht erleuchtet. Operationstisch zwischen den Fenstern, Fussseite dem einen Fenster etwas mehr zugewandt. — Bett an der Wand. Durch ein starkes Kaminfeuer ist die Temperatur auf 65° F. gebracht. — Pat. elend aussehend, liegt mit erhöhtem Kopfe auf dem kurzen Tische, über den die Beine herabhängen. Gegen Flüssigkeiten ist sie nur schlecht durch die wollene Decke geschützt.

Chloroform mittelst eines kleinen Kastens appliziert; die Zunge wird mit einer Pince à crémaillère während der ganzen Operation herausgezogen. — Mehrmals wird Patient sehr blass und leichenähnlich. *Narkose* übrigens ruhig, ohne Erbrechen. — Bauch prall gespannt, gross. Unterhalb des Nabels die Narbe einer Punktionsöffnung, um welche herum das Zellgewebe verdickt und die Haut gerötet ist.

Durham operiert: Hautschnitt in der linea alba, 4" lang, eine kleine Arterie torquiert. Die Muskulatur auf der Hohlsonde durchtrennt. Beim Durchschneiden des Bauchfells kommt ziemlich Blut in die Bauchhöhle. — Cyste ohne Adhæsionen, bläulich. Punktion mit ziemlich dickem Troicart gibt anfangs nichts: bei Bewegung der Canüle entleert sich dann graugelbe, eitrige Flüssigkeit mit weissen Flocken, ab und zu auch Blutspuren, langsam und stetig durch den 3, Durchmesser haltenden Schlauch. Nachdem die Cyste etwa 15-20 Schoppen ihres Inhaltes verloren hat, wird sie von Hicks mit einer starken Muzeux-Zange vorgezogen, wobei die Cyste aber einreisst und viel dicken Eiter entleert. Nachdem so ein gutes Stück entwickelt ist, werden einige Messerimissionen gemacht und dadurch viel Eiter entleert. Endlich wird die ganze Geschwulst, die zu einem Teile fest ist, herausbefördert; sehr grosse, dickwandige Cyste mit starken Gefässen an der Aussenfläche; am Basalteile läuft die Tuba Fallopiæ einige" weit darüber. Der lange Stiel, mit sehr dicken Gefässen wird mit einer Nadel durchstochen und so in zwei Teilen mit dicker Seide « en masse » abgebunden, die Fäden kurz abgeschnitten und der Stiel in die Bauchhöhle versenkt. — Die Reinigung der Bauchhöhle von Blut und grossen Blutgerinnseln nimmt längere Zeit in Anspruch; mit neuen Schwämmen werden die Därme säuberlich abgewischt. — Durch 6 Metallsuturen wird die Wunde vereinigt; das Bauchfell wird mit durchstochen. — Verband, wobei Pat. lange Zeit entblösst bleibt; in's Bett getragen, noch in Narkose. — Dauer der Operation, ohne Narkose, 35 Minuten etc.

76. *Ovariotomie von Wells*, am 29. Januar 1868, $^1/_2$3 Uhr.

Rosa Allen, ledig, 32 Jahre alt, hat eine sich rapid in zwei Monaten entwickelnde Ovarialgeschwulst. Aussehen schlecht, verfallen. Abdomen enorm ausgedehnt, sehr stark gespannt, beträchtliches Oedem der Bauchhaut. — *Me-*

thylennarkose durch Dr. JUNKER, anfangs sehr unruhig, dann gehemmte Inspiration mit stossweiser Expiration; Augen nach innen und oben rotiert; nachdem dieser Krampf nachgelassen hat, stellt sich Erbrechen ein; da dabei die Narkose ausgesetzt wird, kommt bald Schmerzensäusserung in Form von Stöhnen hinzu; nach neuer Narkose wird Patient endlich ruhig. Sir Will. FERGUSSON assistiert. Beim Hautschnitt spritzen einige gespannte Venen, die Wunde klafft sofort einige Zoll, das Gewebe sieht schmierig, stark œdematös aus. Die Hautdecken sind aber so dünn, dass beim zweiten Schnitt aus freier Hand die Bauchhöhle eröffnet wird und mit Macht ascit. Flüssigkeit ausspritzt. (Pat. atmet schlecht, jedoch achtet WELLS nicht darauf, sondern operiert flink weiter; noch mehr entleert sich, als die Wunde auf 4″ erweitert ist. Nun wird die Cyste sichtbar, blaugrau, von unregelmässiger Oberfläche; der Schnitt wird auf 6″ erweitert. — Beim Punktieren reisst die Cyste ein, so dass der Troikart sofort wieder entfernt wird. Spontan und mit den Händen entleert, kommt nach weiterer Einreissung der dünnen Wand eine grosse Masse trüber, gelblich-grauer, dickflüssiger Flürsigkeit mit einzelnen weissen Fetzen zum Vorschein; mit der Hand werden nun Dutzende von kleineren Cysten eingerissen und so endlich die Hauptcyste der Oberfläche nahe gebracht. Das ganze Netz inseriert vorn und wird in vielen Fetzen abgelöst, wobei zwei Klammern angelegt werden. Eine Nebencyste wird für den Stiel gehalten und in die Klammer gelegt; nachher wird erst der eigentliche Stiel gefunden, mit grossen Gefässen; ziemlich lang, kann er leicht mit der Klammer gefasst werden; die Cyste wird nun abgeschnitten (die in toto entfernte Masse wog 18½ Pfund, die Flüssigkeit etwa 30 Pfund).

Da in den Bauchdecken ein Gefäss blutet, wird eine Ligatur angelegt, von der der eine Faden lang gelassen wird; dann werden um etwa 6 Zipfel des Netzes, das federkieldicke Gefässe zeigt, Seidenligaturen gelegt und diese kurz abgeschnitten, sowie dicht vor den Ligaturen die Netzfetzen. Nun werden die Wundsuturen angelegt und nachher das während dieser Zeit unbedeckt auf reinen Servietten ausgebreitete Netz nochmals untersucht und zwei kleine Ligaturen an demselben angelegt. Darauf werden die einzelnen Zipfel zusammengelegt. (Während dieser Zeit bricht Pat. oder macht Brechbewegungen.) Jetzt wird die Bauchhöhle mit Schwämmen gereinigt (es war viel Cysteninhalt und Blut ergossen); das Netz wird zusammengewickelt und reponiert, hierauf die Wunde mit 8-9 Suturen geschlossen, der Stil mit $Fe^2\ Cl^3$ betupft und der Verband mit viel Watte angelegt. Das Netz blieb etwa 20 Minuten entblösst und wurde von verschiedenen Händen gefasst und gezerrt.

Die Geschwulst ging vom rechten Ovarium aus; das linke Ovarium ist gesund. Die Operation dauerte 40-45 Minuten.

Die Patientin von 8 Tagen liegt munter im Bett, ohne je Schmerz oder Uebelsein gehabt zu haben.

Die Patientin von 4 Wochen will noch bessere Gesichtsfarbe abwarten, ehe sie austritt.

Eine Patientin mit Ovarientumor, Ascites und Hydrothorax hat starke Dyspnöe. WELLS lässt das Fenster öffnen und Brandy und Wasser geben.

77. *Abschiedsbesuch bei Palfrey* am 1. Februar 1868.

Vor 5 Tagen machte PALFREY eine *Ovariotomie*, Pat. befindet sich wohl.

Vor einigen Tagen machte er eine *Discission der Cervix*, die er bis jetzt etwa 250 mal gemacht, und wobei er nur einen Todesfall gehabt hat. Diese Patientin bekam starke Nachblutung, am dritten Tage und als PALFREY nach weitem Wege ankam, hatte die Patientin schon beträchtlich Blut verloren. Vergebens wurde mit Fe^2 Cl^3 tamponiert; sie starb infolge unstillbarer Blutung.

78. *Abschiedsbesuch bei Dr. Braxton-Hicks* am 1. Februar 1868.

HICKS berichtet, dass seine *Ovariotomierte* am 31. Tage an Peritonitis starb. Vorgestern (und das soll ich Sir James SIMPSON erzählen) hatte er einen Fall von *Kopflage bei engem Becken;* vergebens wurde die *Zange* angelegt, dann eine schwierige *Wendung* gemacht und das Kind dennoch lebend geboren; es atmete schwach, kam aber durch *Lufteinblasen mit dem Katheder* zu sich.

HICKS kommt eben (und auch das soll ich berichten) von einem Falle von *Gesichtslage*, mit Stirn nach vorne, bei *querverengtem Becken*. Er perforierte und kephalothripsierte mit seiner (nach der *Simpson*'schen) modifizierten Kephalotribe; in $^1/_4$ Stunde war die Operation getan.

HICKS gebraucht den *Short Forceps* selten; er braucht nur eine *Zange*, sehr leicht gebaut, mit schwacher Kopf- uud Beckenkrümmung und sehr geringer Breite der Blätter. Die Griffe sind schmal, glatt, nur 3″ lang und von ihnen aus verlaufen die Blätter anfangs parallel, so dass ein Finger eingelegt werden kann (Skizze). Der Drehpunkt ist eigentlich über den Schlossteil hinaus an den Punkt verlegt, wo die Blätter winklig auseinander gehen. Mit den kurzen Griffen kann man viel weniger Gewalt anwenden, und das wünschen die Engländer eben.

In *Dublin* wird eine sehr lange gerade Zange als Schulzange gebraucht. (Skizze).

HICKS *Kephalothribe* ist eine Modifikation der SIMPSON'schen; sehr kurz, schmal. Distanz der Blätter $^3/_4$″. Blätter solid, mit breiter, seichter Vertiefung, die einige Zähne tragen. Beide (ganz metallene) Handgriffe haben ovale Löcher am Ende; am rechten Blatte wird eine Schraubenmutter mit einem Nussgelenk befestigt; die Schraube geht durch's linke Blatt durch und aussen an diesem

ist der Drehapparat mit drei Spangen. Das Nussschloss gestattet ein müheloses Zuschrauben, bei jeder Distanz der Blätter.

Hicks braucht den Kephaloclast bisweilen bei sehr engem Becken; jedoch wo er die Kephalotribe anlegen kann, glaubt er mit ihr rascher zum Ziele zu kommen. — Den *scharfen Hacken* liebt er zwar gar nicht, braucht ihn aber doch bisweilen, wenn die Kephalothribe nach der Zertrümmerung des Schädels beim Extrahieren abgleitet.

GLASGOW

79. *Glasgow Lying in Hospital.* Besucht am 5. Februar 1868. Mittags 4 Uhr. Ursprünglich nur für verheiratete Frauen bestimmt, nimmt es auch Ledige auf. Es ist auf dem Gipfel eines Hügels gelegen, jedoch nicht frei, sondern an engen Strassen. 2 Stockwerke. Verhältnismässig grosse, schlecht schliessende Fenster, deren eine Scheibe überdies durch ein feines Drahtgitter ersetzt ist. Kleine Zimmer; keines ins andere mündend; über der Gangthüre ein Luftloch. Im Ganzen 30 Betten. Parterre-Zimmer des Arztes und ein Bureau für den Dispensary-Arzt; daneben Wartezimmer für die Outpatients (auch Gynækologie und Kinderkrankheiten). Zimmer mit 3 Betten für Schwangere. — Im obern Stock grosses Geburts- und Operationszimmer, zugleich auch für Vorlesungen. Unter demGebärbett ein Kasten, in den alle Wäsche der Frau geworfen wird, um dann zur Wasche gebracht zu werden. — Das Operationsbett ist breit und hoch, mit entfernbarem Fussbrett. — Mehrere kleine Wochenzimmer, alle für 3 Betten, nebeneinander. Wände ölgemalt, keine Schränke etc. im Zimmer, 2 Waschbecken! Kinder im Bett der Mutter. Einige Zimmer mit einem Bett für Privatentbindungen. Grosses Rekonvaleszenz-Zimmer. — Gewöhnlich werden die Frauen erst kurz vor der Entbindung aufgenommen; jedoch Ausnahmen. — Gesunde bleiben 10-12 Tage; vor der Entlassung stehen sie 2-3 Tage auf. Kranke, besonders Puerperalkranke, kommen sofort in den « Feverward ».

In einem Jahre finden etwa 250 Entbindungen statt; 33 operative Fälle. Mortalität durchschnittlich 1 $^0/_0$. Seit dem Bestehen der Anstalt etwa 5-7 Puerperalepidemien. Keine Temperaturmessungen etc.

80. *Dr. Wilson, Physician am Lying in Hospital.*

Oefter *Ecclampsie,* die manchmal, jedoch nicht immer, mit Nierenkrankheiten zusammen vorkommt. *Chloroformnarkose* tat sehr gute Dienste; dabei *Ka. Br.* innerlich. Vom Aderlass hält Wilson nicht viel. Er gebraucht viel *Laminaria* und *Pressschwamm*, die er mit einer Zange einführt; er hat sie zum Teil hohl. Statt *Secale* gebraucht er eine Lösung von *Ergotin in Ammoniak.* Dieses letztere verstärkt die Wirkung des Ergotins und macht es haltbarer.

Sectio cæsarea machte er zweimal an der toten Mutter. — Er scheint viel *Chloroform* und *Aether* zu gebrauchen. — *Specula* teils Milchglas, teils ein zweiklappiges Gitterspeculum. — *Constrikteure* für Uterusoperationen. — *Nabelschnurrepositorien* scheint er zu gebrauchen (Skizze). *Zange:* sehr kurz. Blätter breit; grosse Kopf- und auch etwas Beckenkrümmung. Griffe breit, kaum 2″ lang (Skizze).

81. *Huntarian Museum. University College.* High-Street.

Isoliertes Gebäude hinter dem Hofe des grossen, altertümlichen Collège. Im obern Stockwerke geologische Sammlung etc. Im Sousterrain *anatomische Sammlung*, wozu ein Katalog vorhanden. Schöne Injektionspräparate der Menningen. — Entwicklungsgeschichte: Schulterblatt, Röhrenknochen, Schädel. — *Gravider Uterus:* schöne Traubenmolen; invertierter Uterus. Placentarstellen: Thromben in den Venen. — *Monstra:* Bauchhernien, Spina bifida etc.

82. *Dr. George Buchanan,* Surgeon and Royal Infirm; Anatomielehrer an *Andersonion University.* Seciersaal für etwa 20-24 Mann. Etwa 8-10 Tische: diese schmal und kurz. Material und Präparationskunst mässig. Neben an ein kleines Museum von *Buchanan* angelegt. — Unter den Präparaten ist eine grosse, aufgeblasen getrocknete *Ovariencyste,* der erste günstig abgelaufene Fall in *Glasgow,* den *Buchanan* im Jahre 1864 operierte. Seitdem er operiert, starben ihm von 16 : 9; also schlechtes Resultat. Er braucht stets *Wells'* Clamps etc.

83. *Royal Infirmary,* in connexion with Andersonion University. Am Nordostende der Stadt *Glasgow.* Besucht am 5. Februar 1868. Morgens $8^1/_2$ Uhr.

Auf einem Hügel neben der Kathedrale frei gelegen, besteht die Anstalt aus 3 grossen, durch Höfe und Gärten getrennten Gebäuden, dreistöckig, massiv aus Stein. Das Frontgebäude birgt Verwaltungsräume, Küche, Vorratsräume und interne Abteilung. Ein mittleres Gebäude enthält die Fieberkranken und einen Teil der Chirurgie. Das nördlichste grösste Gebäude ist für Chirurgie. Im ganzen sind 600 Kranke da, wovon 280 chirurgische, von denen Dr. G. BUCHANAN etwa $^1/_3$ besorgt. Es sind 3 Surgeons da. — Geräumige Gänge, Zimmer luftig, sehr reinlich, eiserne Betten. Künstliche Ventilation vorhanden, wird jedoch nicht gebraucht, indem Fensterlüftung und Kamine für ausreichend betrachtet werden. — Sehr viele, kleine Zimmer für 1-2 Betten, auch Sääle für etwa 16 Pat. — Durch alle Stockwerke geht eine Winde, um die Kranken zum Operationssaal hinaufzuwinden. — *Operationssaal* ein prächtiges Theater. Raum für 200 Personen. Schönes Oberlicht und Seitenlicht. Gute Wacheinrichtungen. Guter, aber plumper Operationstisch. — Mittwoch und Samstag wird um $8^1/_2$ Uhr operiert. Dienstags und Freitags: Clinical Lecture über die Fälle, bei

denen Montags und Donnerstags Visite gemacht worden war. Die wichtigen Fälle besorgt der Housesurgeon (BUCHANAN jr.) selbst, die anderen haben ihre bestimmten Dressers. — Ein Saal ist für « Accidents » bestimmt. Grundsatz ist: möglichst wenig Verband anzulegen etc. etc.

Anus præternaturalis bei einer Frau, bei der 9 Monate kein Kot per anum abging. Mit DUPUY-Scheere behandelt, jetzt fast geheilt; trägt ein Kompressorium etc. etc.

84. *Gartnavel Royal Lunatic Asylum:* Besucht am 6. Februar 1868. $11^{1}/_{4}$—1 Uhr etc. etc.

EDINBURGH

85. Besuch bei *Dr. Thomas Keith,* North Charlotte Str. 2, am 7. Februar 1868.

Thomas KEITH hat nun bald *70 Ovariotomien* gemacht und 14 Patienten dabei verloren. Die letzten Fälle seien alle sehr kompliziert gewesen. — Neulich operierte er eine bösartige Neubildung, durch welche das Colon transversum verlief; 30 Seidenligaturen liess er in der Bauchhöhle. — Die Frau genas. — Er hat keinen Spital, sondern eigene Betten in einem Privathause.

86. Besuch bei Sir J. J. SIMPSON, Queen-Str. 52; am 7. Februar 1868.

Er beschäftigt sich noch viel mit Acupressure, welche von Dr. WATSON, Surgeon, geübt wird. — Alle Tage 11 Uhr ist Clinical Lecture. Von 12-2 sind chirugische, geburtshülfliche und interne Kliniken. — Seine Abteilung, bestehend aus 12 Betten, ist nur für operative Fälle.

87. *Royal Infirmary Edinburgh,* Infirmary-Str., besucht am 8. Februar 1868.

Mitten in einem bevölkerten Viertel mit dichtgedrängten Häusern und dazu ziemlich tief gelegen, hat das für 400 Kranke dienende Spital nicht allzuviel Luft. Grosses Mittelgebäude mit seitlichen Flügeln, die einen Hof umschliessen. Man baut noch dazu. Enge, niedere Gänge. Krankenzimmer sehr hoch, luftig, Ventilation; 10-12 Betten in grossen Säälen und kleinere Zimmer. Eiserne Betten. Bettzeug nicht allzu reinlich, ebenso die Verbände. Die Kranken liegen zum Teil halbangekleidet im Bette. — Die klin. Vorlesungen werden in einem besondern Zimmer gehalten, in das nur der vorzustellende Kranke gebracht wird. *Gynækologische Vorlesungen* werden in der Universität gehalten. Die chirurg. Abteilung steht unter SYME (klin. Chirurgie), SPENCE (theoret. Chirurgie), GILLESPIE und WATSON. -- *Geburtshülfe* ist nicht im Spital vertreten; es besteht dafür eine kleine Maternity, deren nomineller Chef SIMPSON ist, die aber von zwei Accoucheuren besorgt wird. — Die *Gynækologie* steht unter SIMPSON und DUNCAN mit je 11-12 Betten. *Simpsons Abteilung:* ein Saal mit 12 Betten, ziem-

lich luftig, nicht allzu hell; in der Mitte ein steinerner Weg; neben daran ein kleines Untersuchungszimmer.

88. *Simpsons Abteilung*, besucht am 8. Februar.

Aeltere Frau mit *Carcinom des Cervix,* schon auf die vordere Vaginalwand übergehend, nicht operabel. Untersuchung in linker Seitenlage. Gegen den Gestank Suppositorien aus Cerat und Butyr. Kakao mit Karbolsäure. Gegen Carcinom wurden von SIMPSON auch Einspritzung von Essigsäure in das ergriffene Gewebe (Vagina und Cervix) gemacht und alle 3 Tage wiederholt; die Essigsäure soll die Zellen schrumpfen machen, wie sie es auch mikroskopisch tut. Der Erfolg ist gut, jedoch noch kein bestimmtes Urteil, etc.

30jährige Person mit *Uteruspolyp*, vor 4 Tagen operiert. Seit heute etwas rascher Puls, schlecht aussehend. Die Operation wurde mit *Simpson's Polypotom* gemacht, das man viel anwendet. Ist der M.m. dafür nicht weit genug, so erweitert man mit Pressschwamm. — Bisweilen auch Ecrasement bei sehr dickem Stiele.

Alle Operationen unter *Chloroform*. ETHERSPRAY auch beliebt etc.

Fall von *Hystralgie.*

Fall von *Gonorhoe.*

Blasenscheidenfisteln oft vertreten. Simpson operierte selbst eine, nicht ganz glücklich.

Ovarialtumoren, auch kleine, werden der Diagnose wegen aufgenommen. SIMPSON behandelt jetzt einen Fall in seinen Hauskonsultationen, wo der Tumor noch im Becken sitzt, durch Druck auf den Mastdarm viel Beschwerden macht und durch Fingerdruck nicht über den Beckeneingang erhoben werden kann. Explorationsakt ergab nichts, wohl also fest (Skizze von Polypen) etc.

89. *Gillespie's chirurgische Abteilung*, besucht 8. Februar 12-1 Uhr etc.

90. *Vorlesung von Simpson in der Universität*, am 10. Februar 1868 von 11-12 Uhr.

Uteruspolypen (nachdem er vorher die *Unzulässigkeit der Uterusextirpation* wegen grosser Uterusfibroide besprochen; die amerikanischen Statistiken geben 6 Genesungen in 48 Fällen, während BAKER BROWN unter 48 Ovariotomien nur etwa 6 verlor): verschiedener Sitz, Grösse, Art des Stiels. *Symptome:* oft Amenorrhoe, so dass er galvanische Pessarien gab; oft Dysmenorrhoe, sehr oft schwere Blutungen; neulich verlor ein Kollege eine Frau mit intrauterinem Polypen infolge Blutung. *Therapie:* natürlich taugt kein inneres Mittel. Entfernung ist das einzige, was selbst bisweilen die Natur durch Gangräen des Stiels bewirkt. Früher band man ab *(Gooch)* und liess den Schnürapparat liegen, so dass die Frau das Bett hüten musste. Der Stiel gangränescirt, Gefahr der Pyä-

mie. Jetzt schneidet man ruhig ab, mit Scheere, Messer oder feiner Guillotine : Polypotom, unter Leitung eines Fingers. Blutung ist nicht zu fürchten, d. h. sie bleibt selten ganz aus, kann aber stets mit Fe Cl^3 beherrscht werden. Dilatation des Cervix mit Presschwamm oft nötig. — Ecrasement linéaire ganz gut, doch ist es nicht immer möglich die Schlinge über den Polypen zu bringen (N.B. Seine Experimente misslingen, da die Ecraseurs in bösem Stande sind) ; der Konstrikteur ist dann oft besser applikabel. Ein siebenfacher Draht soll das beste sein etc. Aezmittel und Injektionen in die Polypen beiläufig erwähnt. —

Dysmenorrhoe, Menstruation mit Schmerz, oft höchst peinlich, stärker als bei einer Geburt. *Ursachen :* Metritis, Schleimhautschwellung oder Neuralgie, chlorotisch oder gichtisch, endlich mechanische Obstruktion durch Verengerung des äussern M.m., Polypen etc. *Therapie :* Sowohl beim Anfang-palliativ als im Interval radikal. — Palliativa : Opium, Opiate mit Stimulantien und mit Chloroform. *Chloroforminhalationen* sind das Beste. doch auch nur palliativ. *Radikalkur :* wenn Endometritis die Ursache, so sind die für diese Krankheit gebräuchlichen Mittel zu geben ; wenn Neuralgie allein besteht, so gebe man je nach der Konstitution : Eisen oder antigichtische Mittel. Wenn Obstruktion vorhanden, so erweitere man den M.m. — Die Alten führten schon Sonden ein. — Der Hörsaal, gross, nur Oberlicht, von etwa 60 Studenten besucht ; Amphitheater mit Winkeln. Drei Seiten umgeben den Lehrer, der vor einem grossen Pulte steht ; die Wand hinter ihm ist mit Abbildungen und Tafeln behängt. Er hat sein Heft auf dem Pulte. Im Nebenzimmer die Präparate. Vortrag im schwarzen Talar.

91. *Clinical Lecture* von *Prof. Syme,* am 10. Februar 1868 von 12-1 Uhr. Im Operationssaale ; grosses Amphitheater mit seitlichem Licht, d. h. von der Front her. Raum für 300 Studenten, etwa 70-80 da. 6 Assistenten im Cirkle. Einfacher Operationstisch, ohne Mechanik. *Syme* sitzt auf einem Sammtstuhle etc. etc.

92. *Dr. Matth. Duncan's gynækologische Abteilung,* besucht 11 Uhr, am 11. Februar 1868.

Dieselben Lokalitäten wie Simpson's Abteilung, nur 2 Stockwerke höher oben.

Instrumente : Sims Speculum ; einfache Uterussonde ; Spritzchen mit langem Ansatze für Uterusinjectionen ; bei Blutungen spritzt er Sol. $Fe^2 Cl^3$ ein. — Häckchen zur Cervixfixation. Massive Aezmittelträger.

Ovarialcyste mit 30″ Umfang, war für Ovariatomie bestimmt ; auf einmal verschwand die Geschwulst spontan ; da weder « periton. fluid », noch « escape through the vagina » zu bemerken war, so blieb nur noch die Möglichkeit einer Perforation in den Darm. Diarrhoe fehlte.

Duncan sah einen ähnlichen Fall, der auch später zur Sektion kam. Eine grosse Cyste hatte sich in die Flexura sigmoidea entleert und doch konnte nie ein wässeriger Abgang durch den Darm beobachtet werden etc.

Ovarialtumor ziemlich gross, mit unregelmässiger Oberfläche, soll punktiert und dann extirpiert werden.

Uterusfibroid durch Evulsion entfernt. Pat. wohl; der stinkende Ausfluss hatte Duncan am Finger infiziert.

Uterusblutung mit blassen Fibrinausstossungen. Interessanter Fall, der Morgens zur neuen Untersuchung resp. Operation gelangen soll. Seit einiger Zeit verliert Pat., so oft sie aufrecht steht und geht, viel Blut und weisse Fetzen; in der ruhigen Rückenlage keine Blutung. Anæmie. — Wiederholt waren solche lange Fibringerinnsel ausgezogen worden, welche den M.m. auf « Half a Crownpiece » erweitert hatten. Nie konnte ein organisches Gefüge entdeckt oder ein Fibroid gefunden werden. Es ist also wohl nur eine Blutung mit rascher Entfärbung der Gerinnsel.

Ovarientumor durch Oopheritis: Die Frau kam mit Blasenbeschwerden: Dysurie. Die Sonde drang 6″ tief in die Blase ohne Schmerzen zu verursachen, auch wurde Aqua-Einspritzung gut ertragen, worauf man ein Blasenleiden ausschloss. Uterushöhle $2^1/_2$″ lang, Uterus unbeweglich; ein Ovarium stark vergrössert. Blasenpflaster. K. J. Abführmittel; rasche Abnahme der Ovarialgeschwulst und mit ihr der Blasensymptome.

Duncan verdammt das Wort Pyämie, da sie ja oft mit Eiter nichts zu tun hat, während Septicæmie ihre Berechtigung hat.

Eine Frau mit jauchenden Massen in Utero oder Vagina hat 136 Pulse, entfernt man diese Massen, so tritt rache Genesung ein.

Frau, angeblich mit Darmblutungen, wird weggeschickt, da sie sich nicht untersuchen lassen will.

93. *Duncans Privatmuseum* für geburtshülfliche Vorlesungen. Lecture-House besucht am 11. Februar.

Auf eigene Kosten unterhalten. *Placenta von Vierlingen,* verwachsen, jedoch deutlich vier Partien. — *Placenta von Zwillingen,* einfach. — *Hauthypertrophie* beider Labien (Elephantiasis) mit dem Messer entfernt, starke Blutung; je faustgross. — *Skelett* eines Kindes mit *Hydrocephalus* und *Hydrorhachis*; hühnereigrosser Knochensack. — *Intaktes Ovum,* reif, in Salzwasser und Sodawasser aufbewahrt. — 3 Paare *zusammengewachsene Kinder*, je 4-5monatliche Fœten: seitliche oder vordere Verwachsung. Bei einem Falle ist das eine viel weniger entwickelt und doch wurden beide lebend geboren. — Seltener Fall von *Doppelmissgeburt* (nur 3 Fälle bekannt). Die Bauchseite geöffnet. Die beiden Lebern

berühren sich (Skizze). Prächtig in Weingeist aufbewahrt. — Verschiedene *Eingeweideeventrationen*, schöner *Leberbruch*. — Eine *Hernia diaphragmatica :* ein Teil der Därme in der Thoraxhöhle. — Schönes Präparat eines *Zwillingskindes*, das zwischen dem andern und der Uteruswand zu einer *flachen Masse* (Skizze) *plattgedrückt* wurde. — Grosses gestieltes *Uterusfibroid*, zum M.m. herausgetrieben. — *Wandständiges Fibroid.*

Dr. Duncan hält im Sommer Vorlesungen über Geburtshülfe.

94. *College of Physicians.* Queen Street, am 11. Februar besucht.

Prächtiges Gebäude mit Säulenvorhalle ; die Keule mit der Schlange und der Hahn als Embleme. Superbes Treppenhaus. Parterre : Readingroom mit einem Teil der Bibliothek und 3 andere Bibliothekzimmer. Oben grosser Bibliotheksaal ; 2 Treppen hoch materia medica-Sammlung.

Hinten hinaus prachtvoller Saal mit Säulen, ringsum Marmorgetäfel, wo die Meetings abgehalten werden. Nicht weit davon findet sich die geräumige Küche. Ueber den mat. medica-Kästen findet sich eine sinnreiche Rouleauxeinrichtung. Man zieht über dem Kasten an der Schnur, wobei das Rouleau sich herabwindet ; bei Nachlass des Zuges federt das Rouleau rückwärts.

Dieses College dient keinem wissenschaftlichen Zwecke (ausser durch die treffliche Bibliothek und Lesesaal), sondern nur den Standesverhältnissen : Aufnahme und Stellung der Aerzte etc. Alle Vierteljahre ordentliche Meetings, manchmal öfters ausserordentliche, je nach Bedarf ; jedesmal gutes Essen und Trinken dabei. — Album von Aerzten.

95. *Royal medical College*, Altstadt, am 11. Februar besucht.

Es ist dies die medizinische Gesellschaft der Studenten ; die älteste und ausgedehnteste, bestgeleitete Anstalt dieser Art in Grossbritanien. Grosse Bibliothek, schöner Sitzungssaal mit alten Gemälden. — Jede Woche kommen die Mediziner zusammen (nur Studenten ohne Beteiligung von Professoren) ; ein Mitglied leitet die Meetings ; es werden wissenschaftliche Arbeiten verlesen.

96. *Duncans Abteilung.* 11-12 Uhr. 12 Februar.

19jähriges Mädchen, gesund, vor 8 Wochen entbunden, kurze Geburtsdauer, Kind tot geboren, $2^1/_2$ Stunden vor der Geburt abgestorben ; einige Tage nach der Geburt stellten sich *Blasenbeschwerden* ein. Schmerz und häufiger Drang zum urinieren. Gefühl als ob sich etwas vordrängte. — Abdomen normal, äussere Genitalien dito ; Vaginaluntersuchung ergibt nichts abnormes, Uterus $2^1/_2''$ lang ; eine in die Blase eingeführte, dicke, metallene Sonde dringt (statt 6″) nur 4″ weit ein ; man fühlt die Innenfläche nicht weich und nachgiebig, sondern hart und erregt Schmerz, was sie auch nicht sollte. *Diagnose :* Chronische Cystitis, die nach der Entbindung begann. (Gegenstück zu der puerperalen

Oophoritis mit denselben Blasensymptomen, wo aber an der Blase nichts abnormes war, und die Symptome mit Abnahme der Eierstockgeschwulst auch schwanden.)

Frau mit Fibrinentleerung: mit einer breiten (Stein-) Zange, die in den Cervix eingeführt werden kann, werden mehrere blasse Fibrinfetzen, von Polypenform, herausgezogen, sowie einige frische Blutcoagula, kein Fœtor. *Duncan* diagnosticiert ein teilweise entblösstes Fibroid, auf dessen Oberfläche sich, beruhend auf einer konstitutionellen Anomalie, das Fibrin niederschlägt und rasch entfärbt.

Alte Frau mit Prolapsus Uteri: 2-2$^1/_2$" vor den Genitalien ist die blasse nicht excoriierte Vag. portion gedrängt; per vaginam kann man die supravaginale portion lang, das corpus uteri dagegen unvergrössert fühlen. Die Sonde dringt 4" tief ein, allein nur schwer, weil der Cervixhals lang und eng ist. *Duncan* spricht zunächst über die Deutung des Falles, ob einfacher Prolaps oder Elongation. Er glaubt, in den meisten Fällen sei beides vorhanden; die supravaginale portion ist stark verlängert und dabei besteht auch Senkung; es besteht eine alte Perinealruptur. *Duncan* betont, dass Dammriss und Vorfall keineswegs unbedingt als Ursache und Wirkung anzusehen sind. Man schneide einer gesunden Frau den Damm bis in den Anus durch und sie wird davon keinen Vorfall bekommen. Allein, wenn schon Vorfall da ist oder Disposition hierzu, so hat bei einem Dammriss der Uterus einen viel leichtern Weg nach aussen, ganz direkt abwärts; auch ein Kind würde dabei leichter austreten und das zweite Stadium bedeutend abgekürzt werden. — *Therapie:* Anfrischen der Labien und Zusammennähen mit tiefen Silbersuturen. In allen Fällen seit 10 Jahren war der Erfolg gut, nur zweimal blieb er aus, einmal vollständig, einmal teilweise und zwar bei Frauen über 80 Jahre wo man eben nicht mehr operieren sollte. Bei allen jungen Personen ist die Operation unbedingt indicirt und jedem Pessarium vorzuziehen. Pessarien reizen immer und machen die Trägerinnen unglücklich. Nur bei ganz alten Frauen will er sie daher zugelassen wissen. — Nach der Operation lässt er durch eine Binde den neuen, um 1" längern Damm in die Höhe pressen. Würde man eine solche äusserliche Bandage ohne vorhergehende Operation angelegt haben, so würde der Uterus links und rechts neben derselben herabrutschen und die Frau neben der Bandage noch den Uterus zwischen den Beinen fühlen. — Durch den Reiz eines Pessariums wird oft eine Striktur erzeugt, die freilich auch curativ sein kann, bei jungen Frauen aber unangenehme Folgen hat. — Ein Pessarium sollte alle drei Tage herausgenommen und gereinigt werden. DUNCAN sah einen Fall, wo sich unterhalb des Pessariums eine Striktur gebildet hatte, die das Herausnehmen unmöglich machte

(Skizze). DUNCAN hat die Doppelnaht noch versucht; wenn er interne Nähte angelegt hätte, so würde er nach Heilung des Dammes die Drähte gewaltsam herausreissen, wobei ja nur leichte Verletzungen gesetzt würden. — etc.

97. *Duncans Ansichten.* Abend des 12 Febraur.

Duncan hält das Meiste von *S.* (soll wohl *Simpson* heissen *B.*) für unrichtig und spricht ihm nur das Talent zu, anderer Entdeckungen für sich auszubeuten und sich so einen Namen zu machen. *Chloroform* will *Duncan* als Assistent von *S.* entdeckt haben; er glaubt, es werde seiner brechenmachenden Wirkung wegen bald vom Aether verdrängt sein. Chloroform mit Aether und Alkohol scheint ihm eine gute Mischung zu haben. Jede Narkose hat ihre schädliche Wirkung, besonders bei langen Operationen. Bei Amputationen kompensiert das Vermeiden des Shocks die Nachteile der Narkose, nicht so bei Ovariatomie. CLAY in Manchester glaubt, die Resultate würden viel besser sein, wenn *ohne Anæsthetica* operiert würde. *Acupressure* sei nonsense; er hat sie aber nicht versucht und Dr. SCOTT kam bei einem Versuche nicht damit zu Stande. — Die *Totallösung der Placenta* bei Placenta prævia habe *S.* vielleicht *gar nie* gemacht (?!); bei einer Diskussion über diesen Gegenstand in der obstet. Gesellschaft in London sei dies Verfahren gar nicht erwähnt worden. Innerhalb sechs Jahren, wo er mit *S.* zusammen war, habe *S.* es nie ausgeführt. *D.* tadelt das rasche Wenden und Extrahieren, um schneller vom Geburtsbette wegzukommen, ebenso das zu frühe Zangenanlegen. Früher (vor 15 und 10 Jahren) sei selten ein Arzt zu einer Geburt gerufen worden, die Hebammen hätten alles gemacht; jetzt wolle aber auch die ärmste Frau ihren Arzt haben und daher entstünden solche Missgriffe. — Er will 20 Pfund für eine dreistündige Operation gerechnet haben. —

D. hält die *Sterilitätskuren* für ein verfehltes Bestreben; *allerdings koncipiert* eine *kleine Anzahl* so behandelter Frauen, viel mehr aber werden erst recht steril und viele *sterben* durch die Kur. — *M. Sims* sei der genialste Uterusmechaniker, allein nur $^1/_{10}$ sei ihm zu glauben. — Sein Fall von angeblich gestieltem Uterusfibroid (in der Rotunda) habe sich bei der Sektion als ein festsitzendes Fibroid ausgewiesen, wie *M. Clintock* an *D.* schrieb. BRAXTON-HICKS-Wendung bei Placenta prævia enthalte wenigstens nichts Schlechtes, es sei aber nicht immer ausführbar. *D.* arbeitet viel über *Decidua*; in seinem neuesten Werke (Obstetrical Researches) bildet er ein Ei mit ganz geringer Decidua ab bei atrophischem Uterus und einen Fall von Hypertrophie der Decidua, wovon ich das Präparat gesehen. — Bei seinem *Geburtsmechanismus* half ihm *Prof. Tait* an den Berechnungen (*Poppel* in München, von dem er mit Respekt spricht, liess sich auch helfen). Er fasst die Frage vom *Nägeli'schen Becken* an-

ders auf als *Grenser*. — Bei angeborenen *Retroversionen* (die er im allgemeinen für keine schwere Krankheit hält, kann man oft nichts ausrichten; gegen alle Erwartung kann jedoch Schwangerschaft dabei eintreten! — *Ovariotomie*: *Keith* sei sehr sorgfältig (*S.*: 3 Fälle an einem Tage, alle tötlich, 1 war Uterusfibroid) etc. — *D.* ist kein Freund von Leuten, die viel über Behandlung schreiben.

98. *Episiorrhaphie*: *Doppelnaht. Duncans Abteilung.* 13 Februar 11-11 $^1/_2$ Uhr. Aeltere Person (siehe Nr. 96). — Chloroformnarkose, gegen Ende Erbrechen. Schöne, hufeisenförmige Anfrischung, mit stumpfem Messer, in vielen Zügen. — fünf Schleimhautnähte mit Eisendraht, lang abgeschnitten, um später daran ziehen zu können. Sechs tiefe Nähte, welche die Schleimhaut jedoch nihct mitfassen. Gute Vereinigung. Eine Arterie durch Torsion gestielt. — Eine Kompresse, in verdünnter Karbolsäure getränkt soll aufgelegt werden. Linke Seitenlage. Beine nicht gebunden. Brandy gegen die Depression durch die Narkose.

99. *Simpsons Hauskonsultationen.* 4-7 Uhr. 14 Februar.

S. zeigt mir am Phantom die Acupressure, empfiehlt mir *Pirries* Werk, stellt mir eine Pat. vor, an der er vor sieben Monaten eine *grosse Geschwulst der Brust* exstipiert hatte, Acupressure, viele Nähte; Heilung per primam ohne einen Tropfen Eiter; 3″ lange, perpendikuläre, lineäre Narbe unter der linken Mamma des etwa 25jährigen Mädchens. etc.

Junge Frau, von ihrem Manne mit *Gonorrhoe* angesteckt, dabei Anteversio. Zinc. sulf. eingespritzt. — *Uterusfibroid*, von aussen nussgross anzufühlen. Uterus unbeweglich. Ist auf J. Ka. schon um die Hälfte kleiner geworden. — *Fluor albus*: Tanninpessarien. — Dysmenorrhoe: Discission des M.m. und nun öfteres Erweitern mit der Sonde. — *Chlorose*: $Fe^2\ Cl^3$.

100. *Simpsons Abteilung.* 10 Betten. 15. Februar.

Vor zwei Tagen punktierte er eine *Ovariencyste*, deren Entwicklungsgeschichte er nur wenig kannte. Viel Eiter und viel Haare werden entleert, die die Farbe der Kopfhaare der Patientin haben. Nicht alles entleert. Aussehen schlecht, Puls rasch. Pflaster auf der Wunde. Flanellbandage. — Bei Amenorrhoe werden die *galvanischen Pessarien* viel gebraucht. Stift 2″ lang, von verschiedener Dicke, aus Zink; darunter eine (knopfartige) Verlängerung, von Kupfer hohl (Skizze); manchmal alles versilbert; manchmal oft abwechselnd Zink und Kupfer (Skizze). Mit einem gewöhnlichen Pessar befestigt. Auch bei Flexionen als Aufrichtungsapparat benutzt.

101. *Dr. Watsons chirurgische Abteilung.* 12-1 Uhr, am 15. Februar besucht.

Watson hat ein Weiberzimmer mit 12 Betten, grosser, luftiger, heller Saal und zwei kleine Männerzimmer. Er liess noch extra Ventilationsöffnungen anbringen, ausser den Kaminen, die auch in den Gängen placiert sind. — Alle

Tage von 12-1 Uhr Visite, Operationen unbestimmt. (Selten Montag und Donnerstag, weil da SYME « clinical Lecture » hält.) Alle Blutungen mit *Acupressure* gestillt, mit seltenen Ausnahmen. — Alle Verbände mit *Karbolsäure*, Lösung in Aq. 1 : 20 oder wenn diese noch « blistert » 1 : 60, oder 1 : 7-8 Teile Emplast Saponis, besonders dann, wenn man die Luft abhalten will. Der Eiter zersetzt sich darunter nur langsam. etc. etc.

102. *Chalmers Hospital,* besucht am 15. Februar.

Langes, schmales Gebäude ; zwei Stockwerke ; das obere aber noch nicht fertig ; je zwei grosse Sääle à 12-48 Betten. Für Studenten nur durch Vermittlung des Arztes zugänglich. Dr. DOUGLAS ist interner Arzt (Assistent HENDERSSEN), Dr. WATSON ist Chirurg (CAMPBELL Assistent). Meist liegen fünfmal so viel chirurg. Fälle da als interne. — Lage gut, an der Südseite der Stadt, ziemlich frei. Einrichtung elegant. Ueber den Gaslampen Oeffnungen zum Abzug der schlechten Luft. Schöne Betten. etc. *Mammaexstirpation*, trotz Acupressure Eiterung, da zur Heilung per primam eben doch mehr gehört als die Blutstillung (gute Konstitution etc.). WATSON verlor keine von allen seinen Ovariotomien. etc.

103. *Museum des Royal College of Surgeons* (12-3 Uhr), besucht am 15. Februar.

Grosses Gebäude mit griechischem Säulenportale, schräg gegenüber der Universität. etc.

Grosser, solider Eierstocktumor von *Gillespie* exstirpiert mit tötlichem Ausgange etc. In den Gängen oben herum die pathologische Sammlung und in einem kleinen Zimmer die *obstetrische Sammlung*. Letztere hat viele Abgüsse, um den Situs uteri gravidi und den Fœtus zu zeigen. Abguss eines Hermaphroditen. Verschiedene Fœten in allen Altern etc. Einige enge Becken, Uteruspolypen etc. etc. — Prachtvolle Ricketsskelette, rhachitische Becken mit und ohne osteomalacische Form ; eine Frau von 31″ Höhe. Osteomalacisches Skelett, tötlicher Kaiserschnitt in der 7. Gravidität etc. Uterusfibroide, Carcinom, Missbildungen. Abbildung des Falles, den ich als Präparat bei DUNCAN sah. — Zwillinge in verschiedenen Grössen (der eine früher abgestorben).

104. *Vorlesung von Simpson über Gynækologie,* den 17. Februar. Jeden Montag von 11-12 Uhr.

Simpson beginnt über seine letzte *Ovarientumorpunktion :* Eiter und Haare, zu sprechen ; er erwähnt zwei ähnliche Fälle aus seiner Praxis mit Knochen und Zähnen. *Meckels* Fälle ; Fall wo nach und nach 1500 Zähne ausgestossen wurden. Gegen die Annahme einer Conception mit nur partieller Fœtusentwicklung spricht das Auffinden von Zähnen etc. in andern Körperteilen : Orbita etc. Doppelmonstrum. — Man fand in einem Hunde an verschiedenen Stellen Zähne.

Therapie der Dysmenorrhoe, sehr oft gleichbedeutend mit Kur der Sterilität. Bougiebehandlung der Alten, sehr langwierig, später Pressschwamm. M. C. INTOSH, Lehrer der Gynækologie in Edinburgh, empfiehlt die Erweiterung durch Bougies und setzt auf einem grossen Meeting in Liverpool auseinander, die Hauptschwierigkeit bestünde nur darin, dass die wenigsten Aerzte diagnosticieren könnten, ob ein Muttermund verengt sei oder nicht; die meisten der hier anwesenden Aerzte könnten geradesogut ihre Nasenspitze touchieren wie einen Cervix und würden nicht mehr oder weniger finden (worauf alle Aerzte an die Nase griffen !).

Bald nach M. C. INTOSH's Tode kam eine Frau zu SIMPSON mit Dysmenorrhoe; sie kannte die Erweiterungsmethode, hatte aber keine Zeit, so lange zu bleiben und fragte, ob SIMPSON kein prompteres Mittel kenne. Er sagte ihr, er habe schon oft gedacht, eine blutige Erweiterung wäre ein viel rascheres Heilmittel. Die couragierte Frau entschloss sich dazu und wurde nicht bloss von ihrer Dysmenorrhoe geheilt, sondern bald darauf schwanger. SIMPSON hatte Angst, die Narbe könnte bei der Geburt ungünstig interferieren, allein diese war aussergewöhnlich leicht. Viele Jahre später stellte sich SIMPSON ein junger Mann (Sohn der operierten Dame) vor und sagte, er müsse ihn wohl kennen, er verdanke ihm sein Dasein. Manche Baronesse, nach offspring sehnsüchtig, kommt zum Arzte, über Dysmenorrhoe klagend; allein « a boy wanted » ist die richtige Diagnose. —

Die Incision des Muttermundes, innerer oder äusserer (meist letzterer) ist nicht schwer und braucht kein Speculum, sondern kann unter der Kontrolle des Gefühls ausgeführt werden. Messer, Scheere, zweischneidige Uretrotome etc. werden angegeben. *Blutung* fehlt selten ganz, selten bedenklich. Pessarien mit $Fe^2 Cl^3$ (30 gr. sicc.) oder Charpie mit Lösung von $Fe^2 Cl^3$ und etwas Secale reichen aus. — *Beckencellulitis* ist selten. — Man hat allzutiefe Incisionen zu vermeiden. Manchmal ist der Cervix sehr gefässreich oder die Frau hat Hæmophilie, dann ist starke Blutung denkbar. — Nach dem Eröffnen kommt die *Frage des Offenhaltens.* (Während der Chirurg baldiges Heilen seiner Wunden anstrebt, möchte der Gynækologe hier das Gegenteil erzielen und kann das oft nur schwer erreichen.) SIMPSON legte früher nachher *Pressschwämme* ein, hatte jedoch dabei unangenehme Folgen. *Touchieren* mit *Lapis inf.* ist ein sicheres Mittel; man braucht nur die Wundwinkel damit zu touchieren und hält dadurch die ganze Wunde vom Heilen ab. Doch ist *Simpson* auch davon jetzt zurückgekommen und macht nur *mechanische Dilatation* d. h. *Zerreissung der gebildeten Wundadhæsionen* mit dem Finger, am 21. Tag nach der Operation beginnend und dies alle zwei Tage wiederholend. Nachteile sah er davonnie. —

Amenorrhoe: angeborene, Mangel der Ovarien, Uterus, oder bloss spät eintretende Menses, wobei die *galvanischen Pessarien oft sehr gute Dienste tun*; oder die Menstruation bleibt intern, kommt nicht zu Tage: Hæmatometra, deren unvorsichtige Punktion oft grosse Gefahr bringt. Konstitutionelle Ursachen.

105. *Dr. Watsons chirurg. Ambulanz*: den 17. Februar 12-1 Uhr. etc.

106. *Hauskonsultationen bei Simpson* resp. seinen Assistenten. 4-6 Uhr, 17. Februar.

Junge Frau mit *grosser Empfindlichkeit des Abdomens* nach der Entbindung. Abdomen gleichzeitig sehr stark gespannt; sonst nichts zu eruieren. Opiumpillen.

Alte Frau mit starken *Schmerzen in den seitlichen Bauchgegenden;* überall und besonders an den schmerzhaften Stellen heller tympanitischer Schall. Wie zwei breite Wülste springt das durch Luft ausgedehnte Colon links und rechts vor; beim Versuch aufzusitzen, werden diese Vorsprünge anfangs deutlicher, verschwinden aber, wenn Pat. wirklich aufsitzt. — Dabei leichte Hernia lineæ albæ. Mutter vieler Kinder, leidet an Obstipation etc. *Therapie:* Belladonna und Tinct. nuc. vomic. und Mixtur mit Magisterium und Ingwer etc.

Aeltere Frau mit *Uterusvorfall*; beim Touchieren findet man nur die vordere Vaginalwand stark relaxiert und wulstig vorspringend. Es wird ein modifiziertes *Hodges'* Pessarium (Skizze) mit dem spitzen Teile gegen die Symphyse angelegt. *Dr. A.* hat den *Sims'schen* Vorschlag, Excision eines Stücks der vorderen Vaginalwand noch nicht ausgeführt.

Junges Mädchen, 15 Jahre alt, kräftig, gesund, *noch nicht menstruiert*, bekam vor 12 Monaten zuerst Anfälle, die noch immer wiederkehren, meist einmal wöchentlich. Kurze Aura von Kopfschmerzen und Aufsteigen eines Körpers im Halse, dann der Anfall mit Verlust des Bewusstseins, meist nur eine Minute lang dauernd, dann wieder Kopfschmerz und keine Erinnerung an das Vorhergegangene. *A.* hält es für epileptisch, gibt *K. Br.*

45jährige Frau, die 7 Kinder und 3 Aborte gehabt hat; in den letzten 12 Monaten 2 Aborte; ist anæmisch, klagt über *Nervosität* und Herzklopfen. *Eisentherapie mit Valerianatinktur.*

22jähriges Mädchen mit *erbsengrossem Tumor hinter der rechten Brustwarze* (Mastophobie); sie hat vor Krebs Angst; es scheint Fibroid zu sein. *Hg. J.salbe.*

Frau mit Blutung nach Abortus: Pessarien von $Fe^2 Cl^3$ und Secale innerlich als Extr. Ergot. etc.

8jähriges Mädchen mit *diphtherischem Ulcus am Anus*, mit *Cupr. sulf.* in Substanz geätzt. Gegen nächtliches Bettpissen: kalt Aqua und Tinct. nuc. vomic. mit Ferrum sesquichlorat. ca, 3×10 Tropfen täglich verordnet.

22jähriges Mädchen, seit vier Monaten nicht mehr menstruiert, nachdem die Menstruation vorher ganz regelmässig war; sonst klagt Pat. nichts. Gravidität ist suspekt; ein Tumor von aussen nicht zu fühlen. *Therapie,* alle zwei Tage abends ein warmes Sitzbad und vor der Zeit der erwarteten Menstruation je eine Hirudo an der Innenfläche des Schenkels und darauf ein warmes Sitzbad; dabei Ferrum pyrophosphor. mit Extract. Aloës. etc.

107. *Vorlesung von Simpson über Geburtshilfe.* Dienstag, 18. Februar 11-12 Uhr.

Die Vorlesung ist viermal wöchenlich von 11-12. — Etwa 100 Studenten anwesend. Das Thema ist ausführlich auf vier Tafeln geschrieben. Viele Abbildungen über Zangenentbindung und Aërotractor an der Wand. *Simpson* hat noch sein Kollegienheft, sowie Statistiken über Operationen in den verschiedenen geburtshülflichen Schulen. — Ein Phantom in Seitenlage, eines in Rückenlage. Bequeme Kopfphantome (Skizze), ausserdem plane Kopfdurchschnitte (Skizze), um die Art der Kopfhaltung zu demonstrieren, dabei noch ein Karton mit Ausschnitten von verschiedenen Zollängen (Skizze), in welche der Kopfdurchschnitt eingesteckt werden kann.

Thema ist heute: *Forceps und Aërotractor. Simpson* scheint in der letzten Vorlesung über den « Short forceps » gesprochen zu haben; heute beschreibt er den « *Long forceps* ». Die geraden langen Zangen sind mit Recht von allen Geburtshelfern aufgegeben, da der Kopf zu leicht bei hohem Kopfstande nach vorn herausgleitet und beim Senken der Griffe der Damm allzusehr gequetscht wird; und die lange Zange wurde ja gerade für hohen Kopfstand angegeben. Früher war die lange Zange mit Recht einem Anfänger nicht gerne anvertraut, weil eben die Praxis mit derselben nicht allgemein war. Jetzt gibt es Landärzte, die alle paar Tage ihre « Long-Forceps-Geburten » machen. Wichtig ist bei hohem Kopfstande anfangs stark abwärts zu ziehen, sonst gleitet die Zange nach hinten aus etc. Man muss nicht darauf sehen, welche Richtung das Griffende der Zange hat, sondern welche Richtung die Blätter resp. der gefasste Kopf verlangen. Erste Zange von *Chamberlen.* Verkaufsgeschichte. Ein Blatt als Hebel, massiv von Holz oder Eisen (Skizze). Später Modifikationen des Hebels, nahezu mit der Form eines Zangenblattes; einige mit Schrauben versehen (Skizze). Gerade an den Kopf eingeführt, wird alsdann geschraubt, wodurch sich das Ende des Blattes über den Kopf anlegt. Anfangs machte man den grossen Fehler, dass man den Unterstützungspunkt in die Symphyse verlegte, wodurch Gangrän an dieser Stelle nicht selten war. Eine Verbesserung war es, beide Hände zu gebrauchen, wovon die eine einen Punkt des Hebels fixierte und so selbst den Unterstützungspunkt abgab, während die andere die Hebelbe-

wegung am Griff ausführte. Später führte man eine Hand an's Kinn und legte den Hebel an's Occiput und hatte so eine unvollkommene Zange. LEAKE konstruierte eine *dreiblättrige Zange,* unbrauchbar, da hinter der Symphyse kein Raum ist, um ein Blatt einzuführen. — Andere Geburtshelfer konstruierten Hebel und Zange mit Charnier (Skizze), um das Instrument bequem mit sich führen zu können. Wenn die Gebärende ängstlich bei der Hebamme fragte, ob der Doktor den Hebel doch nicht habe, dann liess der Doktor sich von letzterer alle Taschen visitieren, trug aber das zusammengefaltete Instrument wohlweislich in « the pockets of the breeches », welche die Hebamme nicht zu durchsuchen wagte.

Die lange Zange wird oft bei noch *nicht völlig eröffnetem Muttermunde* angelegt. (SIMPSON hat *Phantome des Muttermundes.*) Da ist nur zu beobachten, dass man das Zangenblatt auch wirklich in den Mm. einführt und diesen nicht etwa mitfassend, die Bauchhöhle eröffnet. Die *Hand* soll daher möglichst *hoch eingeführt* werden und auf 2-3 Fingern mindestens das Blatt hineingleiten. — Die Blätter kommen seitlich in's Becken, selten schräg. Bei den Occipito-posterior-Lagen hatte NÄGELI die richtige Ansicht. — Die Ansichten, dass man für *die* Lagen den Hebel brauche, wo der Kopf mit seinem längsten Durchmesser in die Conjugata träte, unvollkommene Gesichtslagen mit Stirn nach vorn und dass man die Haltung des Kopfes künstlich ändern und das Kinn auf die Brust bringen solle, sind irrig; letzteres ist unmöglich, wenn der Kopf einmal in's Becken getreten ist, und ersteres kommt (wie auch NÄGELI zeigte) nie vor, ausser bei querverengten Becken, wo aber dann die Lage passt. — Für den « *Long Forceps* » ist die *Rückenlage vorzuziehen,* da man in dieser leichter die verschiedenen, nötigen Zugsrichtungen ausführen kann. Die Frau wird zu diesem Behufe in die Querlage gebracht, Beine bedeckt, auf Stühlen. *Chloroform,* besonders bei der « long-forceps-Entbindung », wo bei hohem Kopfstande und vielleicht noch nicht ganz eröffnetem Mm. die leitende Hand sehr hoch eingeführt werden muss, eine grosse Wohltat.

Die galvanische Zange erwies sich als unwirksam; wir können mit zwei eisernen Blättern weit mehr ausrichten, als mit einem von Zinn und einem von Kupfer. —

Der Aërotractor erspart die Einführung von Eisen in die Vagina etc. Die Einführung des Instrumentes in seiner jetzigen Form ist zu schwierig, daher er es nicht mehr braucht. Die Kraft wäre hinreichend: 60 Pfund, während wir mit der Zange nach seinen Versuchen selten mehr als 30-36, höchst selten 40-50 Pfund ziehen. —

Der Aërotraktor nimmt den äusseren Lufdruck weg und gestattet einer auf

das Kind wirkenden Gewalt grössere Enfaltung derselben (Skizze). Messingene Spitze mit Kautschukglocke. Wenn man die Glocke zusammenlegen und in der Vagina wie einen Regenschirm auseinanderspreitzen könnte, so wäre viel gewonnen. *Simpson* studierte die Saugapparate verschiedener Fische und niederer Tiere vor seinen Versuchen. —

Bei einem leichten Geburtsfalle versuchte er einen einfachen Kautschukballon, der zusammengelegt in die Vagina eingeführt, an dem Kopf angelegt und dann aufgeblasen wurde: der Ballon legte sich luftdicht an den Kopf an; wenn *Simpson* am Schlauche zog, dann folgte der Kopf rasch nach. Einerseits erweitert der Ballon mechanisch die weichen Teile, dann aber wird der äussere Luftdruck auf den Kopf aufgehoben und dieser Widerstand fällt weg (Skizze). *Simpson* schliesst mit dem Fingerzeige: Jetzt suchen wir auf jede Weise Verbesserung in Instrumenten und Operationsweisen, mit dem Zwecke, die Geburt durch Zug am vorliegenden Teil zu befördern: *vielleicht ist die Zeit nicht ferne, wo wir die Geburt durch Druck von oben her erstreben; Simpson* hege schon lange den Gedanken und zweifle nicht an der Möglichkeit dieser Operation, wenn er jetzt auch noch nicht wisse, wie?

108. *Ovariotomie* von *Dr. Thomas Keith.* 18. Februar 1868.

19 Great Stuart Street. Drei Treppen hoch bei M[rs] Sinclair. $12^3/_4$-$1^1/_4$.

Operationssaal stumpfwinkliges Eckzimmer gegen Südwesten und Westen; sehr hell, sehr luftig, von einem Kaminfeuer durchwärmt. Im Nebenzimmer liegt Pat. auf dem Operationstisch, wo die Narkose begonnen wird, dann trägt man die Patientin auf dem Tisch herein, und nach beendeter Operation wird sie von zwei Assistenten vom Tisch aufgehoben und in ihr Bett im andern Zimmer getragen. *Keith* hat nur einige Zimmer da, darum gute Luft. Es ist seine sechste Ovariotomie.

Tisch schmal, hoch, Fussende, in der Fensternische, etwas schräg. KEITH steht rechts im stumpfen Winkel. Schlauch und Kübel stehen links. — *Narkose* in den letzten 35 Fällen und auch hier mit *Aether* sulfur, da die Nachwirkung, d. h. das Erbrechen nicht so übel ist. Selten kam nach Aether Erbrechen und ist die heutige Patientin in dieser Beziehung die Schlimmste. — Die Erklärung dafür ist: Pat. ist 63 Jahre alt und durch viele Schmerzen in den letzten Monaten, sowie durch Kummer und Sorge sehr heruntergekommen. Sie kam am 14. II. nach Edinburgh mit sehr trockener Zunge, Fieber, Indigestion und sollte eigentlich erst später operiert werden. —

Der Stiel, besonders wenn er kurz ist, wird zuerst mit einer *Nadel durchstochen* und dann mit starker *doppelter Seide* in zwei Teilen abgebunden und dann oberhalb abgeschnitten. Bei einem so langen Stiele, wie der heutige, ist

es weniger wichtig. Bei *kurzem Stiele* aber sehr wichtig, da man um die Breite der Klammer Raum gewinnt, wenn vorher unterbunden und dann abgeschnitten ist. Unter der Ligatur wird die Klemme angelegt (WELL's). Das Bestreichen mit *Ferrum Sesquichl.* (Watte mit konzentr. Lösung) wird von KEITH schon sehr lange mit Vorteil geübt.

Instrumente : Messer (Skizze) und Hohlsonde (Skizze). Pressartères im Vorrat. *Backer Browns Glühzange* in Bereitschaft. 3 Klemmen, Amerikanische Seide. 2 gerade Nadeln.

Bauchfell wird *mitgefasst*; von der Haut wird etwa 3‴ gefasst. Nachträglich eine superficielle Sutur. Erste Naht oben u. s. f. abwärts. — *Aether* auf Serviette gegossen. Beine mit Gurt befestigt. *Kautschukdecke mit rundem Loche* erst vor Beginn der Operation angelegt; dick mit gutem Heftpflaster. Noch einige andere Guttaperchadecken gebraucht. *Schlauch* dünn. — Verband : Lint unter den Klemmen, darüber kleine Bäuschchen. Heftpflaster, Watte, Flanellbandage wie bei WELLS. — *Operation :* Bauch gespannt. Hautschnitt 3¹/₂″, Haut dünn, Peritoneum gleich eröffnet, zwischen den Fingern mit Knopfbistouri durchgeschnitten, keine Blutung, etwas Ascites ; vorn eine ganz leichte Adhæsion ; Punktion tief ; einfache Cyste. Inhalt gleichförmig, ziemlich dünnflüssig, graugelb. Durch Druck von aussen gut entleert. Cyste langsam vorgezogen. Stiel lang, dick, gefässreich ; durchstochen, abgebunden, abgeschnitten. Kleiner Vorfall von Därmen. Warme Tücher darauf gedrückt. Uterus untersucht : klein. Mit Schwämmen gesäubert, ein Schwamm eingelegt und über diesem genäht. Fünf Nähte und ein superfic. etc. etc. Mit dem Verband muss ein wenig inne gehalten werden, da die Patientin würgt und bricht. *Keith* legt seine Hand auf die Wunde.

Es ist der leichteste Fall seit lange ; er hatte kaum drei solche. —

Der *nächste Fall* wird ein grosses Cystoid von 50-60 Pfund sein ; ungünstig. *Keith* zeigt mir den *letzten Fall,* ziemlich junge Person, mager, klein, gesund aussehend. Schönes Himmelbett in luftigem Zimmer ; Pat. ist allein. Vor drei Wochen operiert ; geheilt, doch noch im Bett. Es war ein schwerer Fall. Allgemeinbefinden war sehr schlecht, durch Peritonitiden erschöpft. Ausgedehnte Verwachsungen mit der Milz etc. Wunde p. p. geheilt ; im oberen Winkel noch ein Ligaturfaden aus der Bauchwand : ohne Eiterung. — Heftpflaster, Flanellbandage. Bei der Operation war keine Wärterin zugegen. Ein Arzt ätherisierte, ein weiterer assistierte. — Noch fünf Zuschauer. Ein Geistlicher gejagt. Operation in ¹/₄ Stunde fast zu Ende. *Keith* zittert etwas.

DUBLIN

109. Besuch bei *Dubliner Koryphæen,* am 21. Februar 1868.

Dr. Churchill, Stephensgreen, N. von 12-2 zu sprechen. —

Dr. Mc. Clintock, um 1 Uhr zu Hause. Er ist jetzt nur noch Privatpraxis treibender Arzt und hält keine Vorlesungen mehr. — Vor sechs Jahren trat er von der Stelle als Master des Lying in Hospital in der Rotunda zurück. Dieselbe wird nur auf sieben Jahre gegeben, dann wird gewechselt. Man muss drei Jahre Assistent darin gewesen sein. Sein Nachfolger *Denham* war mit ihm gleichzeitig Assistent und hat nun bald ausgedient.

Mr. Macnamara, Surgeon am *Meathhospital,* wo auch *Porter,* Surgeon und *Stokes* Physician ist. Er versuchte, von *Simpson* belehrt, die Acupressure. Erster Fall: *Mammaextirpation* ging gut etc. etc. Mammaextirpation macht er sehr viel, sie gehen prächtig; um 10 Uhr wird operiert und der « Aberdeen twist » angelegt. Abends 6 Uhr, also nach 8 Stunden werden alle Nadeln entfernt und exakt genäht. Nie Nachblutung. Er braucht die Glaskopfnadeln und den Twist; grosse, goldene Nadeln, mit dreikantiger Spitze hat er da (Skizze), hat sie aber nie versucht. — Etwa 250 Mal hat er nach *Holt's Methode* die *Urethra dilatiert* und ist stets befriedigt gewesen. Nur zweimal Chloroform, das er bei allen kleinern Operationen verwirft, weil es eine Chance gegen das Leben ist. Er hat viel über Chloroform geschrieben als Prof. der Materia medica; hatte nie einen Chloroformtod; hat zwei Patientinnen, die täglich grosse Chloroformdosen nehmen *(Utheruskrebs).* — Er kennt die Gefahr des Erbrechens und rät rasch den Kopf zu senken etc. — Er war der erste in Irland, der Acupressure anwandte.

Ovariotomie in Irland gab nach Mc. CLINTOCK schlechte Resultate, kaum 50 % genesen. — Ebenso sollen in Italien die Resultate schlechte sein.

Churchill ist auch der Ansicht, dass kleine Spitäler für Kranke und Wöchnerinnen besser, für die Studenten aber grosse wünschenswert sind!

110. *Rotunda. Lying in Hospital. Dublin,* besucht am 22. Februar 1868.

Gut gelegen am Nordende von Sackville Street; südlich von einem offenen Garten, westlich von einem kleinen, geschlossenen Garten und nördlich von einem grossen Wiesenplan mit Bäumen begrenzt. Massives, altes Steingebäude, aus verschiedenen Teilen bestehend. Ein und aus geht man durch die kleine Porterslodge, wo die Register geführt werden. Studenten sollen sich nicht daselbst aufhalten, noch darin rauchen und auch die Wärterinnen dürfen nur in Geschäften, wenn citiert, darin sein. Parterre luftig gelegen; sie sind die Woh-

nungen der beiden *Assistant masters*. Sie können verheiratet sein; bleiben drei Jahre, wechseln monatlich im Dienst ab, helfen sich aber stets aus. Sie werden zu jedem schweren Fall gerufen: Blutungen, falsche Lagen etc. etc. Unter ihrer Aufsicht arbeiten die *Studenten als Hebammen* (doch sind auch mehrere Hebammen da), jeder hat seinen Fall; operieren darf der Student nicht. Gewöhnlich residieren 7-8 da und 15-20 sind extern. Der *Master*, alle sieben Jahre wechselnd, ist nicht « in duty », sondern nur wie es ihm beliebt. *Die Rotunda* hat das Recht, den Studenten nach vorhergehender Prüfung einen *Degree* zu geben. — Zur Aufnahme ist nur der Zustand des *Hochschwangerseins* resp. Gebärens nötig. Ob verheiratet oder nicht, macht keinen Unterschied. Die Pat. sollen erst im Zustande des Gebärens eintreten; Früherkommende werden nach gemachter Untersuchung wieder weggeschickt, wenn sie nicht zu weit wohnen. Die Aufnahmen sind unentgeltlich; für solche, die etwas weniges zahlen, sind Privatzimmer mit wenigen Betten da. — *Gesunde Wöchnerinnen stehen am 5.-6.* Tage auf, werden am 9. Tage entlassen; nur wenn sie sehr drängen, lässt man sie am 8. Tage schon austreten. — *Diæt* anfangs kurz: Milch, Brot, später Beeftea, Chickenbroadth und Muttenchop. — *Speiselisten* täglich geschrieben, ähnlich wie bei uns bei der Visite, die meist von $9^1/_2$-11 oder 12 Uhr gemacht wird, dabei werden auch die Rezepte geschrieben (dabei auch Sherry). Abends wird eine zweite Visite gemacht und schwerkranke Pat. entsprechend besucht. — Mit der Anstalt ist eine *Dispensary* verbunden. (Unter Mc. CLINTOCK gegründet, der sie zum Rekrutieren seiner Abteilung verwandte.)

Stellen sich dabei andere Fälle ein, z. B. Lungenkrankheiten, so werden sie andern Spitälern zugewiesen. Die *Zimmer* sind verschieden gross, zum Teil ineinandergehend. In vielen ist auf verschiedene Weise für *Ventilation* gesorgt, z. B. Ausbrechen von grossen Stücken der Wand im Gang und überall Kaminfeuer und eine Fensterscheibe durch eine vieldurchlöcherte Zinkplatte ersetzt; nebenbei wird meist der obere Teil des Fensters offen gehalten und auch in den Türen sind Löcher. Sie haben reine Luft und Zug genug und hemmen diese nicht, wenn auch schwerkranke und fröstelnde Frauen im Raume liegen. Viele Zimmer haben 3-4 Betten oder 4-5, meistens sind mehrere solche dicht beisammen; in jedem Zimmer ist ein Bett für die Wärterin. Dann sind im neuen Teile viele Sääle mit 7 Betten, ausser demjenigen für die Wärterin; da man jedoch die Ueberfüllung möglichst zu vermeiden sucht, belegt man von den sieben meist nur vier, höchstens aber fünf Betten. Sie haben kein besonderes *Gebärzimmer* für die gewöhnlichen Geburten. Das *Gebärbett* wandert: wie die Gebärenden anlangen, kommen sie in das leere Zimmer, kommen da nieder

und bleiben da; die nächsten 3-4 Gebärenden bleiben ebenfalls da bis zum Austritt; ist das Zimmer mit 4-5 Frauen gefüllt, so geht das Gebärbett weiter. (Neulich brauchten sie in 24 Stunden zwei Zimmer; d. h. 14 Geburten.) *Vorteile:* Nach dem Austritt der fünften Niedergekommenen wird das Zimmer gründlich gelüftet. *Nachteile:* Die ersten werden nach der Geburt durch die Wehenschmerzen der Nächsten gestört. — Im Ganzen 130 Betten. — Jährlich 1200-1500 Geburten. —

John Denham ist gegenwärtig Master. Dr. Speedy und Beathly Assistant-Masters. Ausser für Wöchnerinnen befindet sich noch eine Abteilung für *Frauenkrankheiten,* mit einem grossen Saale (Chronic Ward) von 12 Betten. Schönes *Untersuchungszimmer* mit Ober- und Seitenlicht. — *Betten* breit, eisern, Strohsäcke, grobes Linnen, überall Vorhänge angebracht. — Apotheke klein, im Salon der Hebamme.

Kirche: Chapel schön; mit besonderem Sitz für Master und Assistenten; soll ein feines Publikum haben, wie mir Mr. Speedy versichert. Von einem Stockwerke in das andere sind vergitterte Lücken in den Gängen für Ventilation. Artificielle Ventilation haben sie keine. Die *Kinder* liegen im Bette der Mutter. —

Fälle: eine Gebärende mit *Kopflage,* stark jammernd, zweites Stadium. — Frau durch *Metrorrhagie* bis zum Verbluten erschöpft, kam gestern sterbend: Fussende erhöht, Sinapismen auf Waden und Brust, stärkendes Klystier (Beaftea mit Whisky). Diese *stärkenden Klystiere* sind hier sehr beliebt und sollen gute Resultate geben; in dem individuellen Falle wurden kolossale Kotmassen entleert. Heute ist die Frau besser, doch noch enorm schwach und bleich. — *Frau mit schmerzhaftem Abdomen:* fiebert. *Temperaturen* werden *keine gemessen. Puls ist massgebend,* sowie *Gesichtsausdruck, Zunge und Unempfindlichkeit des Abdomens.* Retardation des Pulses ist im Wochenbett nicht exakt beobachtet; *ein etwas rascher Puls will ihnen nicht viel heissen;* sie beobachten ihn bei ganz Gesunden. — Opium gegeben. — Chinin in 2 gr.-dosen bei leichtem Puerperalfieber; grosse Dosen nicht beliebt. Puerperalfieber sehr selten; in den letzten fünf Monaten kein Todesfall daran. Im Ganzen haben sie etwa 1 % Todesfälle. *Puerperalfieberkranke werden nicht isoliert,* höchstens wenn sie moribund sind, des Anblicks wegen. *Man hält Puerperalfieber nicht für ansteckend.* — Zange etwas kleiner als die Nägeles, ohne Hacken, Blätter sehr schmal, mit grosser Kopfkrümmung. — Man hat den Grundsatz, *nie länger als sechs Stunden das zweite Stadium* dauern zu lassen, weil Mutter und Kind sonst Nachteil leiden. Bei *Zange* wird nur dann *Chloroform* gegeben, wenn die *Frau sehr widerspenstig* ist, bei gewöhnlichen Geburten kein Chloroform (wohl aber in der Privatpraxis), *bei Wendungen stets Chloroform.* — *Secale cornut.:* jeden-

falls kein Gift, höchstens darum schädlich, weil es tonische Uteruskontraktion macht. — Sie machten *Versuche* und gaben einem *Mounky* (Affen) täglich während des 10ten Monates und *kein Embryo* starb. — *Nägeles Scheere und der scharfe und der stumpfe Hacken werden viel gebraucht.* — *Kepholothriptor* scheint ihnen nur dann nützlich, wenn der Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang steht, später ist dieses Instrument nicht mehr leicht anlegbar. — *Transfusion* nie nötig geworden ; es starb keine Pat. an Blutung ; tiefe Kopflage etc. reichte immer aus. — In der letzten Zeit ist wieder ein *Fall von akuter Uterusinversion* vorgekommen, welchen Speedy veröffentlichen wird. — *Die Austreibung der Placenta* wird durch die Naturkräfte und durch *äusseren Druck* bewirkt. *Lösung der Placenta* jährlich kaum einmal nötig. — *Bäder* bei schmerzhaften Wehen viel gegeben, alle im Zimmer selbst.

Gynækologische Fälle

18jähriges Mädchen, war einmal menstruiert, dann nie mehr. Zur Zeit der sich einstellen sollenden Menses : Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen. — *Vagina obliteriert* durch ein durchgehendes Hymen. Urethralmündung frei. Exploration durch den Anus ergibt einen stark vergrösserten Uterus, der durch die Wandung des Bauches nicht zu fühlen ist. *Diagnose : Retentio mensium durch Obliteratio vaginæ.* Therapie : Incision. —

Enorme Ovariengeschwulst (Gypsabguss), schon einmal punktiert, soll wieder punktiert werden. Von *Ovariotomie* ist keine Rede, da diese in Irland stets über 50 % Todesfälle hatte. — *Ovarientumor :* enorme Schmerzhaftigkeit ; wurde heute punktiert, viel Albumen. — *Fall von Cervixdiscission wegen Sterilität.* Zum zweitenmal schon operiert, da nach dem ersten Male zu rasche Heilung eintrat. Jetzt werden alle 1-2 Tage *Laminaria* (sehr dünne, undurchbohrte) und Pressschwämme eingeführt, mit Hülfe von *Sims* Spekulum oder einem Röhrenspekulum (schief abgeschnitten mit Spiegelbelag), was Dr. Beatly sen. (früher Assist. Master) vorzieht. *Dr. Beatly* braucht *Simpsons Metrotom* und zieht tüchtig damit aus ; ihm ist die Hauptsache, den äussern M.m. beiderseits tief zu incidieren, so dass die Lippen umrollen ; dadurch bleibt die Erweiterung dauernd. (*Greehalgh* wünschte kürzlich von ihm Aufklärung, wie er operiere, da bei einer von ihm, d. h. Beatly, vor vier Jahren operierten Frau der Cervix prächtig offen blieb.) — Konzentrierte Hg. N-lösung wird angewandt gegen *Cervixcarcinom. Aetzmittel* in den Uterus sind *nicht angewandt. Bei Syphilis kein Hg.* — *Bei Uterusprolaps* meistens *Baker Browns* Operation mit Doppelnaht. *Die Excision der vorderen Vaginalwand* wird *nicht* geübt, da für diese Fälle ein *Hodge-Pes-*

sarium ausreicht. — Fast ausschliesslich werden *Hodges Pessarien* gebraucht. *Pelvic-Cellulitis* ist ziemlich häufig bei ihnen. Letzte Nacht wurde wegen enger Vulva und wegen drohenden zentralen Dammrisses eine tiefe mediane *Incision* ($1^1/_2''$) gemacht, mit gutem Erfolg. Im allgemeinen werden Dammincisionen sehr selten gemacht, dagegen haben sie oft Dammrisse zu nähen (Metallnähte). *Alle Geburten und Untersuchungen in der Seitenlage. Cystitis* nach der Entbindung: Alkalien etc. — Im Untersuchungszimmer hilft keine Wärterin.

Hörsaal, Museum und Instrumentarium befinden sich in *einem* Raum. Hörsaal ziemlich düster, Instrumentarium karg, rostig. Einige schöne Gypsabgüsse von rhachitischen etc. Becken; Becken durch Osteosarcom verengert. Gypsabguss der oben besprochenen Ovariencyste, vor ihrer ersten Punktion etc.

Im letzten Jahre war die Anstalt auf *acht Tage geschlossen,* weil plötzlich in allen Zimmern *Puerperalfieber* aufgetreten war. Man kennt *Leforts Werk* nicht.

111. *Whitworth, Hardwicke, Richmond-Hospital,* und *Carmichaël Scool,* besucht am 22. Februar 1868.

Im Nordwestende der Stadt, nicht ganz frei gelegen, doch mit grossen Anfahrten und Gärten. — Nicht weit davon ist eine Union (grosses Workhouse) und das Dubliner Irrenhaus. — WHITWORTH ist allein für innere Krankheiten. etc. HARDWICKE: *Fieberspital* etc., *Richmond-Hospital,* chirurg. Spital, alles dumpf, am schlechtesten eingerichtetes Spital etc. *Carmichaël Scool:* für Anatomie und andere Lectures! Schöner Hörsaal für 100 und mehr etc.

112. *Besuch bei Churchill* am 22. Februar.

Er glaubt *nicht* an die *Ansteckung des Puerperalfiebers,* doch gibt er viel auf luftige Lage des Spitals, hält die Nähe einer chirurg. Abteilung bei der Gebärabteilung für sehr schädlich, begreift daher unsere *Basler-Sterblichkeit.* Er macht *nie Sektionen,* indem er dies für gefährlich hält etc.

113. *Dubliner Pathological Society Meeting.* Samstag den 22. Februar 1868. $4\text{-}1^1/_2$ Uhr nachmittags. *Präsident* ist MC. DOWELL.

Anwesend CHURCHILL, STOKES, etc. Dr. HIDD demonstriert *gestielte Uterusfibroide,* macht aufmerksam, dass, während die aussen aufsitzenden Fibroide meist sehr zahlreich sind, die inneren selten mehr als einfach sind. *Vorliegender Fall:* Dame von 36 Jahren, seit 12 Jahren am Uterus leidend; Blutungen. Diese sind in den letzten zwei Jahren sehr heftig geworden und Patientin droht marastisch zu werden. Weil virgo, war nie eine Untersuchung per vaginam vorgenommen worden. Von aussen keine Uterusvergrösserung erkennbar. — Exploration ergibt: Uterus vergrössert. 3'' Höhle. Nahe dem inneren Muttermunde 3 kastaniengrosse Fibroide, die vermittelst Ecraseur entfernt werden. — Die Blutungen nahmen ab; nach 3-4 Wochen trat Patientin gebessert aus;

bald darauf neue, heftige Blutungen; der Uterus jetzt von aussen im Niveau des Beckeneinganges zu fühlen. Uterushöhle noch 3". — Der Cervix wird nun erweitert und die Untersuchung mit dem Finger zugänglich gemacht; alsdann werden sechs Erbsen- bis Kirschgrosse Fibroide gefunden und exstirpiert. Blutungen hören auf. Uterus verkleinert sich rapid — etc. Dr. HAMILTON zeigt zwei Mammageschwülste, exstirpiert; eine ist ein einfaches Carcinom, die andere eine seltene kinderfaustgrosse Geschwulst: Cyste der Mamma gefüllt mit eingetrockneter Milch! Indikation zur Operation gaben die Schmerzen und die Furcht vor Wachstum. etc.

114. *Besuch bei Dr. Stokes,* 5 Marionsquare. 3 Uhr. 22. Februar.

Er ist Physician am Meathhospital; doch wechselt er alle 3 Monate ab und gegenwärtig ist Dr. HUDSON in duty. — Er spricht sich darüber aus, dass Dublin seinen Ruf als berühmten Ort für Mediziner hauptsächlich dem Umstande verdanke, dass sie sehr viele kleinere Spitäler haben. Es wirken viele Kräfte; jeder hat Gelegenheit seine wenigen Kranken gründlich zu behandeln. etc.

115. *Mr Macnamara und Meathhospital;* besucht am 24. Februar 1868.

Macnamara ist Professor am *College of surgeons,* das beste College; nach diesem kommt Trinity College, dann Leinster College, dann University College, Carmichael College und zuletzt Steevens College. Er war in allen vom Untersten zum Obersten der Reihe nach angestellt. — Er liest nur, wenn er 150-200 Hörer hat, da es ihm nur dann Reiz macht. — Er liest *Materia medica,* schrieb ein Buch.

Meathhospital, rings von Garten umgeben, südlich, gegenüber dem Spital ein einstöckiges *Gebäude* für *Outpatients,* düster, eng, schmutzig etc.

Namens-Register.

Sach-Register.

General-Namens-Register des I.—V. Jahrganges.

General-Sach-Register des I.—V. Jahrganges.